



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

## **Relatório de Estágio**

### **Da competência à proficiência, transformar a Enfermagem**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem  
Comunitária

Filipa Daniela Vieira Gonçalves

Porto, Maio de 2011



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

## **Relatório de Estágio**

### **Da competência à proficiência, transformar a Enfermagem**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem  
Comunitária

Por: Filipa Daniela Vieira Gonçalves

Sob orientação de: Prof.<sup>a</sup> Norminda Magalhães

Porto, Maio de 2011

## Resumo

A enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária deve ser capaz de construir um diagnóstico de saúde referente ao indivíduo, família e comunidade, identificar prioridades de actuação e definir, executar e avaliar projectos de intervenção comunitária. Para dar resposta a estas necessidades e atingir a proficiência a que o grau de especialista corresponde, foram estruturadas intervenções, baseadas na prática de Enfermagem avançada, que foram realizadas e reformuladas de acordo com a realidade e os recursos disponíveis.

Para analisar a realidade é fundamental ter em atenção a evolução que as pirâmides etárias têm vindo a sofrer, ao longo do tempo, em Portugal. Tem existido um envelhecimento progressivo da população que se traduz no aumento das morbilidades a esta etapa associadas – doenças crónicas, degenerativas, demências, insuficiência orgânica, doenças oncológicas – que podem, em determinadas situações, conduzir à necessidade de prestação de Cuidados Paliativos. O concelho da Maia não é excepção à evolução demográfica nacional, apesar de o seu índice de envelhecimento ser ligeiramente inferior à média do país. Por esse motivo, foi realizado um diagnóstico de saúde para identificar as necessidades de Cuidados Paliativos dirigido aos clientes e cuidadores acompanhados por enfermeiros no domicílio, pertencentes às USF Lidador, Odisseia e Pirâmides, residentes nas freguesias de Gueifães, Milheirós e Vermoim, tal como a todos os profissionais de saúde do ACES Maia, com o objectivo de identificar as suas necessidades de formação no primeiro módulo de estágio de Enfermagem comunitária.

Após priorização de necessidades em consenso de peritos, foi identificada em terceiro lugar de ordem de importância, a necessidade de formação dos cuidadores sobre a prestação de cuidados a clientes com dependência funcional (45% dos cuidadores) e a necessidade de formação dos profissionais de saúde do ACES Maia sobre a administração de fármacos por via subcutânea (67% identificaram necessidade de formação no controlo de sintomas, para a qual esta via é fundamental).

Para dar resposta a estas foram realizadas visitas domiciliárias aos cuidadores com necessidade de formação e executada educação para a saúde de acordo com o diagnóstico efectuado. No que concerne à necessidade de formação dos profissionais de saúde sobre a administração de fármacos por via subcutânea foram projectadas e executadas sessões de formação sobre a mesma temática em três momentos distintos.

No terceiro módulo de estágio, de cariz opcional, o projecto de intervenção comunitária dirigiu-se às necessidades dos alunos do sétimo ano de uma escola de segundo e terceiro ciclo do ensino básico, no que diz respeito à prática de Bullying.

Este relatório visa realizar uma descrição dos projectos de intervenção realizados, tal como a sua avaliação, com os ganhos em saúde obtidos.

## Abstract

A nurse specialised in Community Nursing must be able to build a health diagnosis regarding the individual, family and community, identify action priorities and define, implement and evaluate community intervention projects. To meet these demands and achieve proficiency at some interventions were structured, based on advanced nursing practice. These interventions have been implemented and revised pursuant to the reality and available resources.

To examine the reality it is essential to take into account the changes that the age pyramids have been experiencing over the time in Portugal. There has been a steadily aging of the population which is reflected in the increase of morbidities associated with this stage – chronic and degenerative diseases, dementia, organ dysfunction, oncological diseases - which can, in certain situations, lead to the need to provide palliative care. The Maia City is no exception to the national demographic trends, although the rate of aging here is slightly below the national average. Therefore, a diagnosis was performed to identify the health needs of palliative care clients and caregivers accompanied by nurses at home, belonging to the Lidador, the Odisseia and the Pirâmides family health units, resident in the parishes of Gueifães, Milheirós and Vermoim, such as all health professionals of the Maia Health Centers Group, in order to identify their training needs in the first stage module of Community Nursing.

After prioritizing the needs in a consensus of experts, it was identified in third place, in order of importance, the need for training caregivers on the care of clients with functional dependence (45% of caregivers) and the need for training of health professionals ACES Maia on the administration of subcutaneous drugs (67% identified the need for training in symptom control, for which this pathway is crucial).

To respond to this, home visits were made to caregivers in need of health education. The training was implemented in accordance with the diagnosis made. Regarding the need for training of health workers on the administration of subcutaneous drugs, training sessions were designed and performed on the same subjects at three different times.

In the third (optional) module, the community intervention project, addressed the needs of students in the seventh year of a school of the second and third cycle of basic education, with regard to the practice of bullying.

This report is intended to achieve a description of the intervention projects undertaken, such as rating, with health gains achieved.

## Agradecimentos

À minha família, pelo amor sempre demonstrado.

À Maria José pelo apoio essencial que me deu.

À Catarina, à Jacinta e à Margarida, pela lição de vida que me proporcionaram.

Aos meus amigos pela paciência que demonstraram e o alento que me deram para ser capaz de dar tudo por este projecto de vida.

À Enfermeira Norminda Magalhães pela confiança que sempre demonstrou.

À Enfermeira Jerusa pelo apoio prestado em dois longos módulos de estágio.

À Enfermeira Graça pela orientação sapiente e pela sua disponibilidade a todas as horas.

A todos o meu máximo agradecimento, sem eles não teria conseguido...

## **Abreviaturas e Siglas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde da Maia

CEF – Centro de Ensino e Formação

COM – Comércio

CP – Cuidados Paliativos

EB 2.3 – Ensino Básico segundo e terceiro ciclos

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System/ Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos.

EEC – Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

EPS – Educação para a Saúde

IP – Indicador de processo

IR – Indicador de resultado

n.<sup>o</sup> - Número

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

Prof. – Professora

SC – Subcutânea

SE – Saúde Escolar

Sra. – Senhora

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Sumário

0. Introdução.....	17
1. Contextualização do Estágio.....	20
2. Intervenção Comunitária .....	23
2.1. Formar para cuidar .....	23
2.1.1. Execução.....	24
2.1.2. Avaliação .....	25
2.2. Formação sobre a administração de fármacos por via subcutânea: via verde em CP ...	27
2.2.1. Execução.....	29
2.2.2. Avaliação .....	30
2.3. Diabetes Mellitus: prevenção de complicações micro e macrovasculares .....	34
2.3.1. Execução.....	34
2.3.2. Avaliação .....	35
2.4. Manual de cuidados paliativos .....	37
2.5. Bullying: mais que uma brincadeira.....	38
2.5.1. Execução.....	40
2.5.2. Avaliação .....	40
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.....	43
3.1. Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; .....	43
3.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; .....	44
3.3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde; .....	45
3.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. ....	45
4. Conclusões Gerais .....	46
5. Referências Bibliográficas .....	49
Anexos.....	51

## **Índice de Gráficos**

**Gráfico 1:** Avaliação da utilidade dos conteúdos apresentados na sessão de formação sobre terapêutica SC para o desempenho profissional dos participantes.

**Gráfico 2:** Avaliação da formadora Filipa Gonçalves quanto ao domínio do tema apresentado.

**Gráfico 3:** Possíveis alvos de formação segundo recomendação dos participantes.

## **Índice de Quadros**

**Quadro 1:** Distribuição das necessidades de formação dos cuidadores pelas tipologias de cuidados.

**Quadro 2:** Número de profissionais participantes na formação sobre terapêutica subcutânea por unidade de saúde do ACES Maia.

**Quadro 3:** Classificação obtida por número de profissionais participantes na formação sobre terapêutica subcutânea.

**Quadro 4:** Parâmetros de avaliação do pé.

**Quadro 5:** Factores de risco identificados por parâmetro.

## **Anexos**

**Anexo 1:** Projecto de intervenção do módulo 2.

**Anexo 2:** Questionário de avaliação das necessidades de formação dos cuidadores.

**Anexo 3:** Índice de Katz.

**Anexo 4:** Planeamento das sessões de formação sobre terapêutica SC.

**Anexo 5:** Apresentação multimédia para as sessões de formação sobre terapêutica SC.

**Anexo 6:** Panfletos sobre a administração de terapêutica por via SC e a técnica utilizada.

**Anexo 7:** Cartaz sobre a administração de terapêutica SC.



**Anexo 8:** Documento de avaliação de conteúdo aplicado nas sessões de formação sobre terapêutica SC.

**Anexo 9:** Documento de avaliação da forma aplicado nas sessões de formação sobre terapêutica SC.

**Anexo 10:** Descrição dos resultados da avaliação da forma nas sessões de formação sobre terapêutica SC.

**Anexo 11:** Projecto de intervenção do módulo 3.

**Anexo 12:** Questionário sobre a avaliação da realidade escolar em termos da existência de Bullying elaborado e validado numa tese de Doutoramento de uma docente da Universidade do Minho no âmbito da mesma temática.

**Anexo 13:** Apresentação gráfica em programa de análise estatística das respostas obtidas no questionário inicial sobre a avaliação da realidade escolar em termos da existência de Bullying.

**Anexo 14:** Planeamento das sessões de EPS sobre o Bullying.

**Anexo 15:** Apresentação multimédia utilizada nas sessões de EPS sobre o Bullying.

**Anexo 16:** Questionário de avaliação das sessões de EPS sobre o Bullying.

**Anexo 17:** Gráficos comparativos da aplicação dos dois questionários, inicial e de avaliação, para todas as turmas da população alvo.

## 0. Introdução

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009), o título de enfermeiro especialista é atribuído a um enfermeiro com competência científica, técnica e humana para prestar, não apenas cuidados gerais, mas cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade. Por isso, o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária inclui no seu plano de estudos o Estágio de Enfermagem Comunitária, cujos objectivos base se prendem com a aquisição, melhoria e aperfeiçoamento das competências do enfermeiro nessa área.

A construção deste documento surge, portanto, no âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária e coaduna-se com uma análise crítico-reflexiva dos projectos de intervenção levados a cabo, tendo como base a metodologia do planeamento em saúde, constituindo pois um documento fundamental para a obtenção do grau de mestre nesta área de especialização.

O Estágio de Enfermagem Comunitária dividiu-se em três módulos com 30 ECTS, com um total de 750 horas, sendo 540 de contacto directo; cada um dos módulos desenvolveu-se, portanto, em 180 horas presenciais. O módulo I realizou-se de 19 de Abril de 2010 a 19 de Junho de 2010; o módulo II decorreu de 6 de Outubro de 2010 a 29 de Novembro de 2010; o módulo III iniciou-se a 3 de Dezembro de 2010 e terminou a 21 de Janeiro de 2011.

Os primeiros dois módulos de estágio, correspondentes à realização de um diagnóstico de saúde e de um projecto de intervenção com base no mesmo, decorreram na Unidade de Saúde familiar (USF) Lidador, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde da Maia (ACES Maia); o terceiro módulo de estágio foi concretizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Senhora da Hora, pertencente à Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

No desenvolvimento dos três módulos de estágio houve a opção por duas áreas distintas da Enfermagem: Cuidados Paliativos (CP) e o Bullying nas escolas.

A prática de Enfermagem em CP representa, hoje em dia, uma realidade em ascensão. Os fundamentos para esta expansão de necessidades prendem-se com o envelhecimento progressivo da população e o aumento generalizado de doenças crónicas, degenerativas, oncológicas e insuficiências de órgãos.

Como o PNS (2004-2010) e o PNCP (2010) preconizam, a prática de CP não se deve concentrar meramente nas unidades de internamento hospitalar, porquanto, estas devem representar um recurso para fases de agudização da doença. Deste modo, é na comunidade, nos domicílios dos clientes com necessidade de CP que se deve basear a sua prática. Para que esta premissa seja uma realidade foram já dados passos muito importantes com a criação de Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em

Cuidados Paliativos. No entanto, a referenciação destes clientes deve ser efectuada pela equipa de saúde familiar, que contacta de forma directa com os mesmos, tal como a primeira abordagem de cuidados e a sua continuidade, no caso de ser tomada a decisão de o acompanhamento da pessoa com necessidade em CP ser efectuado pelo médico e pelo enfermeiro de família. Para isso os profissionais a exercer funções nas unidades de Cuidados de Saúde Primários devem ter formação nesta área que lhes permita uma identificação precoce e um acompanhamento adequado destes clientes, com a prática de intervenções paliativas.

Tendo por base a realização de um diagnóstico de saúde de um projecto de intervenção que permitisse identificar as necessidades em CP da população e as necessidades de formação dos profissionais, os dois primeiros módulos de estágio foram realizados numa USF e, através da aplicação de dois instrumentos de recolha de dados a duas populações – profissionais do ACES Maia e utentes/cuidadores sujeitos a visita domiciliária por parte da equipa de Enfermagem pertencentes à USF Lidador, USF Odisseia e USF Pirâmides residentes em Gueifães, Milheirós e Vermoim – foram identificadas algumas necessidades. De entre as necessidades detectadas foi feita uma priorização e uma divisão das responsabilidades pelos quatro elementos do grupo de estágio quanto à resposta a estas. Nesse sentido respondemos à necessidade de formação sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados aos familiares/cuidadores, assim como à necessidade identificada de formação dos profissionais do ACES Maia no âmbito do manuseamento e administração de terapêutica subcutânea. Fui ainda convidada por uma colega do grupo para participar como oradora em dois seminários sobre Cuidados Paliativos aos profissionais do ACES Maia para abranger a temática da comunicação com os utentes e seus familiares. O grupo decidiu, ainda, oferecer à USF Lidador e ao ACES Maia um Manual de Cuidados Paliativos no qual desenvolvi as temáticas: comunicação e informação em CP, medidas não farmacológicas para o alívio da dor e apoio no luto. Por fim, foi executada uma actividade baseada nos objectivos individuais da aluna e que se orientou para a realização de consultas de pé diabético, de forma a dar resposta à detecção precoce de factores de risco para complicações micro e macrovasculares da Diabetes Mellitus, cuja incidência pode relacionar-se com o desenvolvimento de necessidades em CP.

O projecto de intervenção do terceiro módulo de estágio foi subordinado à temática Bullying nas escolas. Considero importante salientar que o Bullying representa cada vez mais um problema de saúde comunitária. O seu desenvolvimento inicia-se na escola, com a violência repetida, propositada, sem motivo, de um ou mais agressores contra uma vítima. As suas consequências são nefastas e reflectem-se de forma permanente, durante o crescimento e a fase adulta, em todos os participantes num processo de Bullying, tornando-os em pessoas susceptíveis, com problemas de adaptação ou até futuras vítimas ou agressores. Esta realidade interfere directamente no conceito de saúde actualmente defendido. A Enfermagem,

como profissão que acompanha e cuida o ser humano em todas as fases do ciclo vital deve constituir um agente activo na prevenção e controlo deste problema de saúde.

Assim, o terceiro módulo de estágio concretizou-se numa UCC. Uma vez que se trata de uma realidade de cuidados distinta de uma USF, optei por desenvolver as minhas intervenções com base numa necessidade identificada – Bullying – e com projecto de intervenção integrado no programa de saúde escolar (SE) da mesma unidade e já aplicado em anos lectivos anteriores. Em comunicação com a Escola EB 2.3 de Custóias, com a qual o projecto estava a ser desenvolvido, a população alvo determinada foram as turmas de 7º ano e duas turmas de CEF do mesmo ano. Foi, portanto, aplicado um questionário já validado para realização de diagnóstico de situação e, com base nos resultados destes, efectuadas sessões de Educação para a Saúde (EPS) a cada turma.

Os objectivos deste documento constam na análise crítico-reflexiva dos projectos de intervenção executados em contexto de estágio, desde a sua fundamentação, até à sua execução e avaliação, concretizando com a respectiva aquisição de competências da Especialização de Enfermagem Comunitária descritas no artigo 4º do Regulamento n.º 128/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

Desta forma, neste relatório crítico de estágio analisar-se-á a contextualização do Estágio Enfermagem Comunitária, em que se procura explicitar o diagnóstico de saúde efectuado, a priorização das necessidades e o modo como foi dada resposta a estas. De seguida aborda-se, tendo em conta as etapas do planeamento em saúde, os vários projectos de intervenção aplicados, incluindo os seus objectivos, estratégias e actividades utilizadas, execução e avaliação. Depois descrevem-se as competências adquiridas de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e as actividades realizadas no sentido de as adquirir e solidificar, estabelecendo a ponte entre os projectos de intervenção aplicados e as correspondentes mais-valias para o alcance da proficiência a que se relaciona o grau de especialista em Enfermagem Comunitária.

Com as considerações gerais, pretendem-se explicar os principais ganhos deste MEEC, tal como as dificuldades e barreiras ultrapassadas, procurando estabelecer uma análise crítico-reflexiva efectiva de todo o processo percorrido para a construção deste relatório, que representa, afinal, uma súmula da multiplicidade de momentos vividos neste período intenso de formação e aprendizagem.

## 1. Contextualização do Estágio

Neste capítulo pretendo descrever o estágio, contextualizando os seus módulos nas suas várias dimensões.

Os primeiros dois módulos de estágio decorreram numa USF e o terceiro numa UCC. Esta frequência foi propositada, pois permitiu a aquisição de competências na Enfermagem Comunitária em duas áreas que, apesar de muito diferentes, se complementam.

Os dois primeiros módulos de estágio foram desenvolvidos em conjunto com três colegas. Todas trabalhávamos num Serviço de Cuidados Paliativos e, como tal, esse factor funcionou como uma mais-valia, pois partilhávamos muitas convicções e um conceito muito próximo do que representa o cuidar em Enfermagem.

Com o primeiro módulo de estágio pretendia-se formular um diagnóstico de saúde, de forma a levantar um conjunto de necessidades, que seriam, de seguida, priorizadas e respondidas pelos quatro elementos do grupo de estágio. Após uma avaliação do perfil global de saúde do concelho da Maia, confirmou-se que, tal como no restante país, o índice de envelhecimento era elevado, relacionando-se com um aumento da percentagem de população dependente e sujeita a doenças crónicas, com possível necessidade de CP. Numa primeira abordagem com a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, que nos orientaria em local de Estágio, foi-nos confirmada a possível necessidade de formação dos profissionais em CP. Por outro lado, compreendemos também que não havia nenhum diagnóstico dos doentes paliativos seguidos pela mesma unidade, o que também se poderia dever à falta de formação dos profissionais, o que poderia prejudicar a identificação de doentes com essas características e, por conseguinte, condicionar o tipo de cuidados prestados aos mesmos.

Neste sentido, decidimo-nos pela construção e aplicação de um formulário como guia de entrevista, composto por questões fechadas de natureza sócio-demográfica, clínica e por uma escala de avaliação de sintomas aos utentes/cuidadores a uma amostra populacional constituída pelos alvos de visita domiciliária de Enfermagem das USF Lidador, USF Odisseia e USF Pirâmides. A sua aplicação foi feita pelos quatro elementos do grupo através de visitação domiciliária, previamente combinada e acordada com os utentes por via telefónica.

Já relativamente aos profissionais de saúde do ACES Maia foi construído um questionário com questões abertas e fechadas, com o objectivo último de identificar as suas necessidades formativas no que diz respeito a CP.

Através da análise dos resultados dos dois métodos de colheita de dados foram identificadas várias necessidades: estas necessidades foram agrupadas em três grupos cliente, cuidador e profissionais:

- Cliente – apoio familiar, apoio socioeconómico, gestão do regime terapêutico e apoio familiar.
- Cuidador – apoio emocional, apoio socioeconómico e formação sobre prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados.
- Profissionais de saúde do ACES Maia – formação em CP.

Estas necessidades foram priorizadas recorrendo a consenso de quatro peritos. Da priorização definiram-se as seguintes necessidades:

- A. Necessidade de apoio emocional tanto para o cliente como para os cuidadores;
- B. Necessidade de formação aos cuidadores (45% dos cuidadores);
- C. Necessidade de apoio socioeconómico;
- D. Necessidade de formação em CP aos profissionais do ACES Maia.

A resposta às necessidades priorizadas, a realizar através da aplicação de projectos de intervenção no segundo módulo de estágio, foi dividida pelos elementos do grupo. Colaboramos então na formação dos familiares/cuidadores no que diz respeito à prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados, que, não estando directamente relacionada aos utentes com necessidade de cuidados paliativos, pode abrangê-los, com o evoluir da doença incapacitante. Para isso realizou-se uma visita domiciliária a cada cuidador que havia verbalizado necessidade de formação nos questionários aplicados no primeiro módulo, residente em Gueifães, Milheirós ou Vermoim e que, após contacto telefónico, manifestou concordância com a visita. Em cada visita procurei, através da aplicação de um questionário, identificar as maiores necessidades de formação e responder-lhes dentro das limitações temporais existentes.

Adicionalmente, em reunião com representantes do conselho clínico do ACES Maia, foi-nos identificada a necessidade de formação dos enfermeiros do ACES Maia no que concerne à Administração de Medicação por via Subcutânea (SC), necessidade esta que foi também detectada com a aplicação do questionário aos profissionais. Para dar resposta à mesma projectamos e realizamos sessões de formação aos enfermeiros nas várias unidades de saúde do ACES Maia, acerca da temática identificada, que foram inseridas no plano de formação em serviço do próprio ACES.

Foi ainda sustentada a realização de uma actividade, que estivesse relacionada com a prestação directa de cuidados. Optou-se pela realização de consultas de pé diabético de forma a dar resposta à detecção precoce de factores de risco para complicações micro e macrovasculares da Diabetes Mellitus.

Como resposta à necessidade de formação dos profissionais em CP foram projectados e realizados dois seminários de CP, actividade que foi da responsabilidade de uma colega de grupo. Apesar disso todos os elementos participaram como oradores e co-organizadores. No seguimento deste seminário, o grupo decidiu construir um Manual de Cuidados Paliativos, em que são abordados os conceitos que consideramos fundamentais para a prática de enfermagem em CP, oferecendo um exemplar impresso à USF Lidador e um em suporte digital ao ACES Maia.

O terceiro módulo de estágio era opcional, por esse motivo, no meu primeiro contacto com a UCC da Senhora da Hora, com a enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, responsável pelo Programa de Saúde Escolar, procurei perceber que projectos se encontravam delineados mediante o diagnóstico de saúde efectuado pela unidade de saúde em causa.

Desse modo, após me serem apresentados os projectos, optei pela temática Bullying, pois possibilitar-me-ia a abordagem de uma área completamente diferente, que encarava como desafio e, em simultâneo, como um ganho para o eu pessoa e profissional. Este projecto já havia sido desenvolvido num ano lectivo anterior, mas com uma população diferente. Existia já um questionário construído, validado e autorizado para levantar as necessidades de formação sobre o Bullying nas escolas.

Assim, colaborei na concretização do projecto em causa nas turmas de 7º ano da escola EB 2.3 de Custóias em que foi aplicado o questionário inicial de avaliação da realidade do Bullying e construí e realizei uma sessão de EPS a cada turma, tendo por base os resultados da análise de dados do questionário aplicado.

## 2. Intervenção Comunitária

O processo de planeamento implica várias fases fundamentais, desde o diagnóstico de situação, a priorização, a definição de estratégias e projectos de intervenção, a sua execução e avaliação.

Nesta fase do documento abordam-se os projectos realizados nos dois locais de estágio, tendo em conta o diagnóstico de saúde construído.

### 2.1. Formar para cuidar

A necessidade de formação a familiares/cuidadores sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados foi detectada no primeiro módulo de estágio, com a realização do diagnóstico de saúde na USF Lidador.

Através da aplicação dos formulários em entrevista aos utentes/cuidadores sujeitos a visita domiciliária pelas equipas de Enfermagem das USF Lidador, USF Odisseia e USF Pirâmides, residentes em Gueifães, Milheirós e Vermoim, compreendemos que uma grande parte dos prestadores de cuidados possuía pouca ou nenhuma formação para cuidar do familiar dependente nos autocuidados (higiene, posicionamento, comer/beber, transferir-se).

Através da nossa experiência profissional e até mesmo da nossa observação aquando das visitas domiciliárias realizadas no primeiro módulo de estágio, apercebemo-nos que muitos familiares/cuidadores que já acompanham a pessoa doente, por vezes há anos, cometem erros nos seus cuidados no que diz respeito ao conforto do doente, mas também no que concerne à própria mecânica corporal e às técnicas utilizadas para mobilizar, posicionar, alimentar e até mesmo organizar o seu dia-a-dia, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados, que se repercutem na qualidade de vida do doente e, em adição, prejudicam o próprio cuidador na esfera física e emocional.

Essas problemáticas são muitas vezes agravadas pelo stress e pela falta de apoio sentidos pelo cuidador, que assume a maioria das responsabilidades do cuidado da pessoa doente, esquecendo-se das suas próprias necessidades como pessoa. Já Moreira (2005) afirma que os familiares/cuidadores de doentes que desejam permanecer no seu domicílio até à hora da sua morte devem também ser cuidados, recebendo um acompanhamento e apoio efectivos, pois, apesar de considerarem o cuidar do familiar doente como um acto de amor, este acarreta grandes responsabilidades e dificuldades, às quais o cuidador não consegue muitas vezes dar resposta.



Desta necessidade identificada surgiu um projecto de intervenção que descrevo a seguir (anexo 1).

Os objectivos gerais a que se pretendiam dar resposta com a execução deste projecto foram: aumentar os conhecimentos dos familiares/cuidadores sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados; melhorar a prestação de cuidados à pessoa dependente nos autocuidados.

Os objectivos específicos definiram-se da seguinte forma:

- Melhorar a capacidade de avaliação do cuidador das necessidades da pessoa dependente nos autocuidados.
- Melhorar a execução de cuidados do cuidador à pessoa dependente nos autocuidados.
- Melhorar a mecânica corporal do cuidador durante a prestação de cuidados à pessoa dependente nos autocuidados.

Como objectivo operacional determinei:

- Aumentar os conhecimentos de pelo menos 50% dos familiares/cuidadores participantes na formação sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente.

#### 2.1.1. Execução

De forma a dar resposta ao projecto identificamos todos os cuidadores que tinham referido necessidade de formação para prestação de cuidados a pessoa dependente na aplicação do formulário para diagnóstico de necessidades no primeiro módulo de estágio.

Após esta identificação, dado o tempo disponível para concretizar este projecto, restringimos a população aos cuidadores alvo de visita domiciliária pela USF Lídador.

De seguida foram contactados telefonicamente para questioná-los relativamente à manutenção ou não do interesse em receber formação sobre cuidados a pessoa dependente através de visita domiciliária. Na existência de uma resposta afirmativa negociaram-se com eles a data e a hora da visita.

Para avaliar e estruturar as intervenções na visita domiciliária a cada cuidador, construímos um planeamento de visita domiciliária para cada cuidador. Para isso, com os dados do SAPE, identificaram-se as patologias e comorbilidades da pessoa cuidada, procurando compreender que implicações teriam na necessidade de apoio nos autocuidados. Para identificar as necessidades existentes e avaliar as intervenções feitas e o seu resultado na aquisição de segurança e conhecimentos do cuidador na sua prestação de cuidados

aplicámos, no início e no final da visitação domiciliária, um questionário com recurso a escala de Likert (anexo 2) ao cuidador, permitindo uma avaliação imediata das intervenções.

Por outro lado, durante a visita, aplicamos o Índice de Katz (anexo 3) para confirmar o grau de dependência da pessoa dependente, que se descreveu em termos de dependência reduzida, moderada ou elevada, com discriminação dos autocuidados. A aplicação deste índice foi conversada com a enfermeira orientadora, que concordou, uma vez que, apesar de não ser a escala em utilização na USF Lidador, já foi utilizada e é de conhecimento geral.

### 2.1.2. Avaliação

Considero que a execução da actividade respeitou o que havia sido determinado em projecto de intervenção.

O indicador de processo (IP) definido foi: Percentagem de cuidadores contactados participantes na formação na prestação de cuidados a pessoa dependente.

$$\text{IP} = \frac{\text{n.º de cuidadores participantes na formação}}{\text{n.º total de cuidadores entrevistados durante a aplicação do formulário na elaboração do diagnóstico de saúde}} \times 100$$

Pretendíamos que o IP correspondesse a pelo menos 50% de cuidadores que aceitassem receber formação sobre prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados, o que foi conseguido, dado que, numa população de 16 cuidadores, 9 aceitaram receber a visita, através de contacto telefónico, o que resultou em 56% dos cuidadores.

O indicador de resultado (IR) definido foi: Percentagem de cuidadores que adquiriram conhecimentos após a formação sobre prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados.

$$\text{IR} = \frac{\text{n.º cuidadores que adquiriram conhecimentos}}{\text{n.º total de cuidadores participantes}}$$

Como objectivo operacional pretendíamos aumentar as competências de pelo menos 50% dos familiares/cuidadores participantes na formação sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente.

Após a análise dos resultados concluímos que a totalidade dos cuidadores (100%) aumentou os seus conhecimentos/competências numa avaliação imediata, no que diz respeito às áreas de necessidade de formação por eles identificadas.

Não foi possível realizar uma avaliação mediata, com era inicialmente pretendido, com verificação de competências, devido à indisponibilidade de tempo para realizar uma segunda visita. No entanto, uma vez que os dados foram fornecidos à USF Lidador, os seus profissionais poderão dar continuidade à actividade.

Inicialmente tínhamos previsto a realização de um momento formativo na USF Lidador, no que diz respeito à prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados a cuidadores actuais ou potenciais provenientes da freguesia de Gueifães, que seria publicitada junto da população. Consideramos actualmente que esta teria sido uma estratégia demasiado ambiciosa dada a limitação de tempo e o grande número de necessidades a que nos propusemos dar resposta. Por essa razão, após conversar com a coordenação e orientação pedagógica, decidimos não lhe dar continuidade, pois, o seu planeamento poderia não ser eficaz e a realização de apenas um momento formativo seria muito insuficiente devido ao grande número de áreas a abranger na formação.

Relativamente aos objectivos traçados acredito que foram concretizados. Ao transmitir conhecimentos e instruir técnicas e procedimentos relativos aos cuidados em que foi identificada necessidade de formação, aumentaram os seus conhecimentos e competências no que se refere a todo o processo de planeamento de cuidados, desde a avaliação de necessidades, estabelecimento de estratégias para as satisfazer, execução das mesmas, respeitando a sua mecânica corporal. No quadro seguinte (quadro1) identificam-se as necessidades de formação detectadas nos cuidadores de acordo com o tipo de cuidados prestados.

Quadro 1: Distribuição das necessidades de formação dos cuidadores pelas tipologias de cuidados.

<b>Tipo de cuidados prestados</b>	<b>N.º de cuidadores com necessidade de formação</b>
<b>Cuidados de higiene</b>	3
<b>Posicionamento (leito/cadeira)</b>	1
<b>Mobilização e transferência (leito/cadeira)</b>	3
<b>Alimentação</b>	-
<b>Mecânica corporal</b>	9

Fonte: Visitas domiciliárias realizadas.

Das necessidades identificadas (quadro 1), as que prevaleceram foram as de mobilização e transferência da pessoa dependente (33% dos cuidadores), cuidados de higiene (33% dos cuidadores), bem como da mecânica corporal do cuidador, que se distribuiu por 100% dos cuidadores intervencionados. A alimentação não foi identificada, não se detectando qualquer dificuldade no apoio à pessoa dependente.

Apenas um utente (11% dos cuidadores) identificou o posicionamento como necessidade de formação, no entanto, através de observação e questões feitas, apercebemo-nos que eram cometidos vários erros nesta área, com a não aplicação de almofadas para alívio de pressão, não realização adequada dos posicionamentos e a não alternância de decúbitos de duas em duas horas. Neste item, nenhum cuidador cumpria os pressupostos a 100%, pelo que foi realizada também educação para a saúde e instrução nesta área. Quanto à prestação de cuidados de higiene, apenas três dos cuidadores referiram que tinham necessidade de

formação, o que se poderá dever, em parte, a quase todos os clientes terem apoio domiciliário de instituições para realização deste cuidado.

Apesar de ter sido uma intervenção temporalmente limitada, considero que foi muito importante e permitiu a obtenção imediata e mediata de ganhos em saúde, que se irá solidificar com o tempo e a prática dos cuidadores.

Por outro lado, considero que o questionário aplicado para identificação de necessidades/avaliação não foi o método mais adequado, apesar de ser o método possível para o tempo disponível. A percepção da segurança e do conhecimento para a execução de uma tarefa é construída através dos conhecimentos obtidos e das experiências vividas. Este facto repercute-se em percepções inadequadas do que é considerado correcto. O mesmo se passa com os cuidadores que, tendo pouca ou nenhuma formação sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente, consideram que a prática por si adoptada após anos de cuidados é adequada. No entanto, quando observados a prestar cuidados, detectei de imediato mais necessidades que, posteriormente, após a minha intervenção, estes também identificaram consciencializando-se dos erros que cometiam.

A formação aos cuidadores requer tempo e vários momentos de formação. Daí que considere que a actividade que realizámos foi apenas um início de um longo caminho que estes devem seguir. Para dar resposta a estas necessidades fornecemos os dados trabalhados à equipa de Enfermagem da USF Lidador, para que estes possam dar continuidade ao projecto.

## **2.2. Formação sobre a administração de fármacos por via subcutânea: via verde em CP**

A necessidade de formar os enfermeiros do ACES Maia sobre a administração de fármacos por via SC foi veiculada por dois membros do conselho clínico do ACES Maia, o que foi de encontro às necessidades detectadas com a aplicação dos questionários aos profissionais do ACES Maia, durante a construção do diagnóstico de saúde (67% dos profissionais do ACES Maia identificaram a necessidade de formação no que diz respeito ao controlo de sintomas, para o qual a via SC é fundamental).

Esta necessidade representa, contudo, uma parte importante de uma realidade em ascensão: os CP. A via subcutânea é uma das vias de eleição, ocupando o primeiro lugar a via oral, para os doentes com necessidade de CP, uma vez que apresenta inúmeras vantagens: provoca pouca dor, é menos invasiva, mais fácil de manusear, com menos riscos e permite a administração de terapêutica e soroterapia.

O PNS 2004-2010, volume II, Orientações Estratégicas (2004:35) afirma que *“A quase inexistência de respostas organizadas no âmbito dos cuidados paliativos leva a que os doentes com doenças de evolução prolongada e grave ocupem, inadequadamente, camas hospitalares*

*em serviços que não estão treinados nem vocacionados para a gestão do sofrimento, ou, então, se encontrem no domicílio, entregues apenas a cuidados de âmbito generalista e informais, que, apesar de importantes, não esgotam a sua necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global.”* Apesar de a realidade actual já não corresponder totalmente ao que existia em 2004, é minha perspectiva que esta afirmação ainda é verdadeira em grande parte do nosso país, visto existir um número reduzido de serviços de saúde preparados para receber estes clientes, considerando-se necessária a criação de unidades de internamento e domiciliárias estruturadas para a prestação de CP.

Este tipo de administração de terapêutica encontra-se neste momento numa fase muito inicial da sua expansão. A sua utilização restringe-se muito aos serviços de internamento, nomeadamente de CP e em doentes com essa necessidade de cuidados. No entanto, com a domicilição dos cuidados, torna-se fulcral que os profissionais da rede de CSP sejam capazes de reconhecer esta via de administração como eficaz e de fácil utilização, devido às suas inúmeras vantagens na administração de fármacos em bólus, perfusão e hipodermoclise. Para esse objectivo, a aprendizagem da utilização da via SC pelos profissionais a trabalhar em contexto de CSP é essencial para que os CP no domicílio sejam uma realidade. Nesse sentido, a execução desta actividade foi da minha responsabilidade e de uma colega de estágio.

Tendo sido apoiada pelo ACES Maia, foi inserida no seu plano de formação em serviço. Por sugestão da vogal de Enfermagem foram planeados e realizados três momentos formativos no Centro de Saúde de Castelo da Maia, na sede do ACES Maia e no Centro de Saúde de Águas Santas.

Os objectivos gerais passaram por dois pontos, nomeadamente: aumentar as competências dos profissionais de saúde do ACES Maia que se inscreveram na formação no que concerne ao manuseamento e administração de terapêutica subcutânea; e melhorar a prestação de cuidados ao utente com necessidade de cuidados paliativos em contexto domiciliário.

Como objectivos específicos definimos:

- Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as indicações para o uso de Medicação por via subcutânea.
- Instruir os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre os locais possíveis para colocação do cateter subcutâneo, para administração de medicação em bólus.
- Instruir os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre os locais possíveis para colocação do cateter subcutâneo, para administração de medicação em perfusão contínua.
- Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as vantagens do uso da medicação por via subcutânea.

- Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as desvantagens do uso da medicação por via subcutânea.
- Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre o material necessário para a administração de medicação por via subcutânea em bólus.
- Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre o material necessário para a administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Instruir os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea em bólus.
- Instruir os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Instruir os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre administração de fluidos e electrólitos por via subcutânea: Hipodermoclise.
- Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as vantagens da Hipodermoclise.
- Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as desvantagens da Hipodermoclise.
- Informar os enfermeiros do ACES Maia inscritos na formação sobre cuidados de enfermagem a um doente com medicação por via subcutânea, em bólus.
- Informar os enfermeiros do ACES Maia inscritos na formação sobre cuidados de enfermagem a um doente com medicação por via subcutânea, em perfusão contínua.
- Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre a lista de fármacos susceptíveis de administração por via subcutânea.

O objectivo operacional determinado foi:

- Aumentar os conhecimentos de pelo menos 60% dos profissionais de saúde do ACES Maia participantes na formação no que concerne ao manuseamento e administração de medicação por via subcutânea.

#### 2.2.1. Execução

Construímos um planeamento para as sessões realizadas (anexo 4) em que explicitamos os nossos objectivos, a duração, os meios utilizados, os formadores, os participantes, locais de formação, estrutura da apresentação e meios de avaliação. Antes de cada sessão formativa solicitamos ao ACES Maia um computador portátil e um retroprojector para a apresentação multimédia.

A comunicação baseou-se na projecção multimédia de uma apresentação de slides (anexo 5). Para melhor dar a conhecer aos profissionais os materiais, as técnicas e procedimentos utilizados aos enfermeiros, disponibilizámos exemplos: um cateter subcutâneo pediátrico e uma butterfly, tal como as respectivas tubuladuras, dispositivos de perfusão subcutânea automático e mecânico, seringas utilizadas e adesivo Tegaderm®. Fornecemos ainda, no final, panfletos sobre a administração de terapêutica por via SC e a técnica utilizada (anexo 6) e um cartaz (anexo 7), a entregar nas várias unidades de saúde, com uma síntese dos conteúdos apresentados.

Como estratégias de avaliação utilizámos a avaliação de conteúdo, com recurso a um teste escrito (anexo 8), no final da apresentação e, para avaliação das formadoras, uma vez que a formação se inseria no plano formativo do ACES Maia, utilizámos o documento habitualmente utilizado pela mesma entidade, que satisfazia igualmente as nossas exigências curriculares (anexo 9).

### 2.2.2. Avaliação

Como indicador de processo definimos: a Percentagem de enfermeiros das unidades de saúde do ACES Maia que assistiram à sessão de formação.

$$IP = \frac{\text{n.º de enfermeiros do ACES Maia participantes}}{\text{n.º total de enfermeiros do ACES Maia}} \times 100$$

No quadro seguinte (quadro 2) exponho o número de participantes distribuídos pelas várias unidades de saúde e o seu total:

Quadro 2: Número de profissionais participantes na formação sobre terapêutica subcutânea por unidade de saúde do ACES Maia.

Unidade de saúde	Número de participantes
UCSP Maia	9
USF Odisseia	6
USF Pirâmides	3
USF Lidador	5
USF Saúde em Família	5
USF Pedras Rubras	3
USF Íris	4
USF Alto da Maia	1
UCSP Águas Santas	2
USF Viver Mais	1
ACES Maia	1
Total	40

Fonte: Documentos de presença nas sessões de formação.

A partir da análise destes dados confirma-se que 40 dos 82 enfermeiros do ACES Maia participaram na formação em análise, o que implica 49% dos enfermeiros, sendo este o resultado do indicador de processo. Esta percentagem foi satisfatória e recompensadora, no entanto poder-se-á depreender destes valores que não existiu interesse de 51% dos profissionais no aumento de conhecimentos e competências na temática abordada. Este facto pode dever-se a várias razões, como indisponibilidade, conceito incorrecto sobre a eficácia e vantagens da utilização da via subcutânea como via de administração de primeira linha para determinado tipo de doentes, ou pela falta de visibilidade e prática com esta via. Por essas razões penso que se deverá continuar a sensibilizar os profissionais, nomeadamente os médicos e enfermeiros sobre esta via de administração de terapêutica.

Como IR definimos: Percentagem de formandos com classificação superior a 60% no teste escrito (nota superior a 12 numa escala de 0 a 20).

$$IR = \frac{\text{n.º de formandos com classificação superior a 12 no teste escrito}}{\text{n.º total de formandos}} \times 100$$

Definimos também como IR: Percentagem de formandos que considerarem terem adquirido conhecimentos úteis para a sua actividade profissional.

$$IR = \frac{\text{n.º de formandos que considerem ter adquirido conhecimento úteis}}{\text{n.º total de formandos}} \times 100$$

Para avaliação dos conhecimentos foi utilizado um teste escrito em que o indicador de resultado correspondeu a 100%, uma vez que a totalidade dos participantes das formações, obteve classificação superior a 12 valores, de 0 a 20, que corresponde a 60%, na escala de 0 a 100. As classificações concentraram-se entre os 16 e os 20 valores, sendo a moda de 20 valores, distribuindo-se no quadro seguinte (quadro 3).

Quadro 3: Classificação obtida por número de profissionais participantes na formação sobre terapêutica subcutânea.

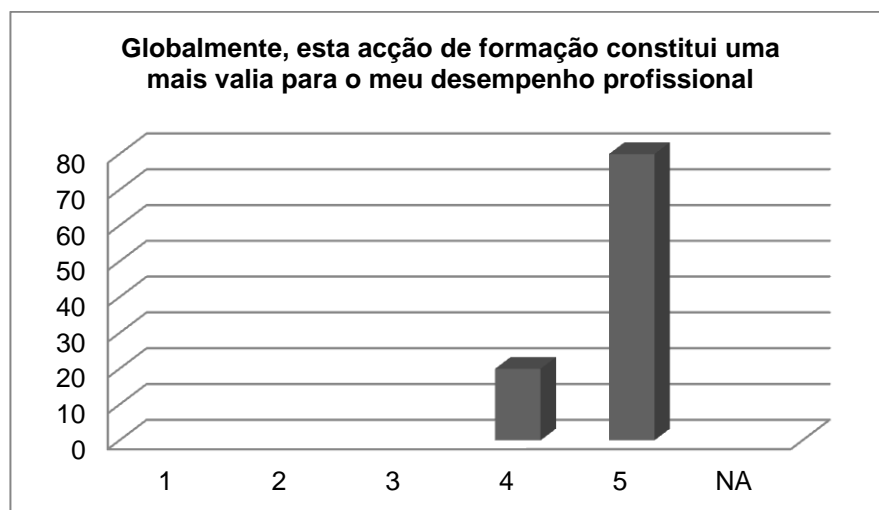
Número de participantes	Classificação (valores)
18	20
8	19
4	18
1	17
4	16
2	15
2	14
-	13
1	12
-	11
-	10
40	Total

Fonte: documentos de avaliação dos testes escritos realizados pelos profissionais participantes na formação sobre terapêutica subcutânea.



Relativamente ao segundo indicador de resultado, que se referia à percentagem de formandos que consideraram ter adquirido conhecimentos úteis para a sua actividade profissional, com aplicação do documento da avaliação da forma, 100% dos participantes consideraram que o conteúdo foi razoavelmente (20%) ou muito útil (80%) para o seu desempenho profissional, pelo que consideramos que a avaliação não poderia ter sido mais positiva, sendo o IR igual a 100% (gráfico 1).

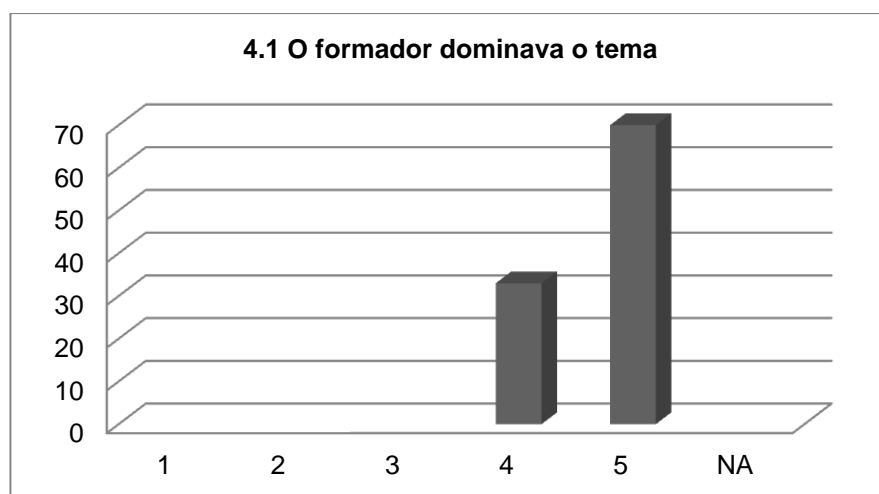
Gráfico 1: Avaliação da utilidade dos conteúdos apresentados na sessão de formação sobre terapêutica SC para o desempenho profissional dos participantes.



Fonte: Documento de avaliação de conteúdo preenchido pelos profissionais participantes na formação sobre terapêutica subcutânea.

No que se refere à avaliação do meu desempenho (anexo 10) todos os participantes consideraram que me encontrava bem preparada, sendo que a maioria afirmou que me encontrava muito bem preparada e que desenvolvi uma metodologia adequada (gráfico 2).

Gráfico 2: Avaliação da formadora Filipa Gonçalves quanto ao domínio do tema apresentado.



Fonte: Documento de avaliação de conteúdo preenchido pelos profissionais participantes na formação sobre terapêutica subcutânea.

Como indicação para futuras intervenções, os participantes indicaram que poderia ter existido uma maior vertente prática, com a execução da técnica, por exemplo, em manequim. Por outro lado, como se confirma pela análise do gráfico 3, a quase totalidade dos participantes (97%), referiu que seria positiva a participação de todos os profissionais na formação, ou seja, os restantes enfermeiros e médicos, sendo que apenas um dos participantes elegeu os familiares/cuidadores como potenciais alvos da formação. É de salientar que 57% dos participantes indicaram que esta formação seria benéfica para os médicos, o que é muito válido, uma vez que os prescritores são os médicos e não os enfermeiros e, para expandir a utilização da via SC é fundamental que a classe médica tenha conhecimentos e seja instruída para a mesma.

Gráfico 3: Possíveis alvos de formação segundo recomendação dos participantes.



Fonte: Documento de avaliação de conteúdo preenchido pelos profissionais participantes na formação sobre terapêutica subcutânea.

No global, penso que a formação foi muito positiva e, como ficou peremptório, os objectivos foram alcançados de forma afirmativa. As respostas do questionário de avaliação da forma encontram-se descritas sob a forma de gráficos no anexo 10.

Proporcionou-nos um momento de intensa aprendizagem e descoberta. Tornou-se óbvio que ensinar torna-nos mais conscientes do nosso conhecimento, ao passo que cria novas dúvidas, pelo que a procura de novos conhecimentos nos faz também avançar na nossa prática e nas nossas competências. Apercebi-me também que o nervosismo inicial se transformou em elemento facilitador, pois tornou-me mais concentrada e capaz de partilhar a minha experiência.

Parece-me que este projecto fomentou alguns dos momentos altos do segundo módulo de estágio e penso que a nossa intervenção dará origem a reais alterações nas dinâmicas de trabalho destes profissionais.

### 2.3. Diabetes Mellitus: prevenção de complicações micro e macrovasculares

A realização desta actividade justifica-se, uma vez que alguns dos objectivos específicos de estágio se direccionam à aquisição de competências no âmbito da prestação directa de cuidados.

Optou-se pela Diabetes Mellitus por esta representar uma das patologias de maior representação na sociedade actual. Por outro lado, uma vez que se trata de uma doença crónica, dá origem a complicações mediatas e a longo prazo quando os valores de glicemia não se encontram controlados. Estes utentes poderão vir a fazer parte da população com necessidade de cuidados paliativos.

As complicações micro e macrovasculares de maior visibilidade são a retinopatia e a presença de pé diabético de origem neuropática ou isquémica. Uma vez que se traçou como finalidade aumentar as minhas competências no que diz respeito à prevenção de complicações micro e macrovasculares, optou-se pelas complicações do pé diabético como as que seriam de avaliação mais acessível, além de representar uma área de interesse pessoal.

Como propósito geral estabeleci aumentar as minhas competências no que diz respeito à prevenção de complicações micro e macrovasculares nos membros inferiores.

Os objectivos traçados foram:

- Identificar comportamentos de risco no que diz respeito ao desenvolvimento de complicações do pé diabético.
- Adequar os conteúdos e os métodos utilizados na execução de educação para a saúde no âmbito da prevenção de complicações micro e macrovasculares.
- Identificar casos clínicos com necessidade de referenciação para consultas diferenciadas (pé diabético).
- Intervir de acordo com a prática de Enfermagem avançada.

Como objectivo operacional determinei:

- Educar para a saúde de forma adequada aos factores de risco existentes para desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares em pelo menos 50% das consultas realizadas.

#### 2.3.1. Execução

Para executar esta actividade, realizaram-se 18 horas. Como estratégias, acordou-se com a equipa de enfermagem que, após a consulta médica, os diabéticos que estivessem interessados em realizar uma avaliação do pé dirigir-se-iam a um gabinete médico vazio onde se realizariam as intervenções necessárias. Realizaram-se no total 14 avaliações.

Para avaliação do pé, em concordância com a literatura, classificaram-se como adequados ou inadequados: o sapato, a meia, as unhas, a sensibilidade com a aplicação do

monofilamento, a temperatura do pé, a sua coloração, os pulsos pedioso e poplíteo, a integridade cutânea, o edema e as deformidades. Utilizou-se um documento em que se avaliaram os seguintes parâmetros (quadro 4):

Quadro 4: Parâmetros de avaliação do pé.

Item a avaliar	Adequado	Inadequado
<b>Sapato</b>	Fechado, de pele, do número correcto (nem demasiado justo nem demasiado largo, tendo em conta o tamanho e a presença ou não de deformidades do pé) e sem salto.	Não respeita as normas do sapato adequado.
<b>Meia</b>	Algodão ou lã, de coloração clara, sem costuras protuberantes e sem elástico na perna.	Tecido sintético, ou com a maior percentagem do mesmo, de cor escura, com elástico na perna e com costuras protuberantes, ou a meia de mousse ou de vidro.
<b>Unhas</b>	Íntegras, com corte em quadrado ou em linha recta, sem micose, sem estar demasiado curta, sendo possível visualizar a parte branca da unha, após o término da pele.	Não íntegras, cortadas em redondo, com micose, demasiado curtas, sem visualização da parte branca da unha, após o término da pele.
<b>Sensibilidade</b>	Presente.	Diminuída ou ausente.
<b>Temperatura</b>	Com sensibilidade à temperatura presente, temperatura normal (nem muito quente nem muito fria).	Sem sensibilidade à temperatura muito quente ou muito fria.
<b>Coloração</b>	Rosada.	Esbranquiçada, cianosada, ou muito vermelha.
<b>Pulso pedioso</b>	Presente, semelhante ao poplíteo.	Diminuído, relativamente ao poplíteo, ou ausente.
<b>Pulso poplíteo</b>	Presente, dentro dos parâmetros normais (mais de 60 e menos de 120 pulsações por minuto).	Ausente ou fora dos parâmetros definidos como adequados.
<b>Integridade cutânea</b>	Sem feridas, gretas ou calosidades e calos incómodos para a pessoa ou complicados com dor, rubor e edema.	Com feridas, gretas ou calosidades e calos incómodos para a pessoa ou complicados com dor, rubor e edema.
<b>Edema</b>	Sem edema.	Com edema.
<b>Deformidades</b>	Sem deformidades.	Presença de hálux valgus, pé plano ou hiperqueratose em grau elevado.
<b>Higiene</b>	Pé limpo e boas condições gerais.	Pé sujo, com resíduos ou odores.

Fonte: <http://www.podosauade.pt/UsefullInfo.aspx>.

### 2.3.2. Avaliação

Os objectivos definidos foram correspondidos, pois baseou-se toda a recolha de dados e as intervenções em conceitos provenientes da literatura e de artigos científicos, respeitando a Enfermagem avançada. Por outro lado, identificou-se a necessidade de acompanhamento em

consulta de pé diabético, uma vez que foram reconhecidos os factores de risco e os sinais identificativos de um pé diabético.

No quadro seguinte definem-se o número de alterações existentes nos vários utentes, de forma a identificar os factores de risco mais prevalentes (quadro 5):

Quadro 5: Factores de risco identificados por parâmetro.

Item a avaliar	Adequado	Inadequado
<b>Sapato</b>	12	2
<b>Meia</b>	2	12
<b>Unhas</b>	2	12
<b>Sensibilidade</b>	10	4
<b>Temperatura</b>	9	5
<b>Coloração</b>	12	2
<b>Pulso pedioso</b>	13	1
<b>Pulso poplíteo</b>	14	-
<b>Integridade cutânea</b>	10	4
<b>Edema</b>	12	2
<b>Deformidades</b>	9	5
<b>Higiene</b>	14	-

Fonte: Documento de registo das avaliações ao pé diabético efectuadas.

Com grande prevalência relativamente aos restantes factores de risco, em 12 dos utentes foi considerada a utilização de meias inadequadas (de vidro e mousse, sintéticas e de coloração escura) e um mau estado das unhas (curtas, cortadas em redondo e com micoses e fissuras). Isto evidencia um tratamento incorrecto do pé, muitas vezes por incapacidade de o fazer, por se tratarem de utentes idosos ou com algum condicionamento físico e com pouca ou nenhuma retaguarda familiar, como foi possível depreender de forma informal, através de diálogo com os utentes. Apesar de este não representar um dos objectivos da intervenção, considerou-se importante referir estas informações, dado que as intervenções do profissional de saúde devem direccionar-se ao utente como um todo, o que implica também a sua situação socioeconómica.

Como indicador de processo definiu-se a percentagem de factores de risco identificados para desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares nas consultas realizadas.

$$IP = \frac{\text{factores de risco identificados}}{\text{n.º total de factores de risco existentes}} \times 100$$

Para esta avaliação centraram-se as intervenções, como referi anteriormente, no pé. Após a realização das consultas, analisaram-se os dados recolhidos e os factores de risco

identificados e concluiu-se que, tendo em conta unicamente esses dados, foram identificados 100 % dos factores de risco.

Como indicador de resultado definiu-se: percentagem de educação para a saúde de adequada aos factores de risco existentes para desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares nas consultas realizadas.

$$IR = \frac{\text{n.º de consultas em que houve EPS adequada}}{\text{n.º total de consultas realizadas}} \times 100$$

Para esta avaliação, após a realização das consultas, submeteu-se a análise os dados recolhidos e os factores de risco aos quais se tinham dado resposta. Desta análise concluiu-se que foi executada EPS adequada em 100% dos casos. No entanto, através de diálogo com a equipa de enfermagem, fomos informadas de que todos os diabéticos eram submetidos a exame físico para detecção precoce de complicações micro e macrovasculares pelo menos uma vez ao ano e sempre que se considerava necessário. Quando se detectaram alterações severas no pé (utilizou-se como parâmetro a presença de uma alteração, desde que a considerasse de grau moderado ou elevado) informou-se a enfermeira de família do utente, o que se registou em 5 dos 14 utentes sujeitos a avaliação. Os motivos de referenciação relacionaram-se com a presença de redução/ ausência de sensibilidade plantar com a aplicação do monofilamento, diminuição da sensibilidade e edema com hiperqueratose no calcâneo, coloração pálida e pele fria com pulso pedioso diminuído, ausência total de sensibilidade e hálux valgus e pela diminuição sensibilidade, presença de fissuras plantares e unhas micóticas.

Como barreira das observações feitas identificou-se o facto de a colheita de dados ter sido apenas efectuada por mim, dada a impossibilidade da presença de outra enfermeira, devido ao elevado número de consultas e tempo limitado. No entanto, para dar resposta a esta barreira procurou-se dialogar com a enfermeira responsável pelo utente e dar a conhecer a avaliação efectuada, permitindo-lhe contrapor com outros dados se considerasse adequado, o que não sucedeu, existindo sempre concordância.

Tendo em conta que o propósito da construção desta actividade prendia-se com a prestação directa de cuidados, parece-me que foi eficaz, além de ter contribuído para o aumento e consolidação das competências no que diz respeito à detecção de factores de risco e sinais de complicações micro e macrovasculares.

## 2.4. Manual de cuidados paliativos

A ideia da construção de um Manual de Cuidados Paliativos para enfermeiros surgiu da vontade do grupo em deixar fundamentos teóricos que pudessem orientar os enfermeiros da USF Lidador para a prestação de CP, constituindo uma base de consulta fácil e acessível. Mais

tarde, com o seminário, o Conselho Clínico do ACES Maia, solicitou-nos também a entrega de uma cópia em formato digital, que permitisse o acesso a todos os profissionais do ACES Maia.

As suas temáticas foram definidas pelo grupo e a sua construção foi distribuída pelos quatro elementos do grupo, tendo em conta os seus conhecimentos e competências.

Foi bastante interessante a elaboração do texto e a busca de informação. Foi-me possível conhecer outras abordagens de cuidados e conceitos apresentados de forma diferente por autores distintos. No entanto, esta pesquisa permitiu-me completar informações e tornar mais sólido o documento construído.

O capítulo sobre *medidas não farmacológicas para o alívio de sintomas* representou um desafio maior, mas, por isso, foi mais útil para mim como profissional. Parece-me que a sua aplicação, muito em voga em outros países, como por exemplo os Estados Unidos da América, ainda se encontra numa fase muito inicial no nosso país, porém considero que representa uma fonte de recursos ampla e importante para o controlo de sintomas de difícil resolução através dos fármacos. Por outro lado, representam um conjunto de terapias de fácil acesso e aplicação em contexto domiciliário. Considero pois que todos os profissionais devem ter conhecimento e prática nestas medidas, para que a sua utilização se globalizasse e se tornasse mais eficaz.

Por fim, o *apoio no luto* constituiu um tema interessante e também de suma importância para mim e para todos os profissionais. Uma adequada intervenção precoce para uma vivência saudável no luto, pode ser essencial na prevenção de lutos complicados e/ ou patológicos. Neste aspecto, o profissional de saúde ocupa uma posição central para transformar o luto num processo integrado numa vida normal e que permita uma adaptação positiva à perda de um ente próximo.

O Manual de Cuidados Paliativos para enfermeiros poderá agir como agente fomentador de interesse pelos profissionais pela actualização dos conhecimentos para a prestação de CP de qualidade.

## **2.5. Bullying: mais que uma brincadeira...**

Este projecto (anexo 11) resultou, como já se referiu, do plano de acção da UCC de Senhora da Hora, uma vez que se encontrava já planeado. Optou-se por esta temática, entre algumas possibilidades, por representar uma área de interesse e, em simultâneo, um desafio, pois nunca havia trabalhado na área da saúde escolar.

Como é do conhecimento geral, o Bullying representa um tipo de violência repetida e intencional, sem motivo definido, de um ou mais agressores contra uma vítima, recorrendo a agressão física, verbal, psicológica, relacional, racial, sexual e cyberbullying.

O início das práticas de Bullying dá-se habitualmente em contexto escolar, onde se desenvolve, e pode perdurar pela idade adulta, tal como as suas graves consequências psicológicas.

Daí que se torne importante que este seja, acima de tudo, prevenido e controlado na sua fase inicial. Logo, o meio escolar representa o contexto de eleição para a intervenção sobre o Bullying.

Já existe há cerca de uma década uma equipa de saúde escolar em estreita colaboração com as escolas de primeiro, segundo, terceiro ciclos e secundárias na Senhora da Hora, Guifões e Custóias. Por esse motivo existe uma grande cooperação entre as escolas e os serviços de saúde, estabelecendo-se planeamentos conjuntos de objectivos e actividades anuais e plurianuais. Isso funcionou como um factor facilitador para a intervenção na escola EB 2.3 de Custóias.

Uma vez que o projecto *Bullying, mais que uma brincadeira* já se encontrava planeado e a sua aplicação já havia sido iniciada anteriormente, existia já um questionário elaborado e validado numa tese de Doutoramento de uma docente da Universidade do Minho no âmbito da mesma temática, que havia já autorizado a aplicação do mesmo pela UCC de Senhora da Hora (anexo 12).

O objectivo geral, com a realização deste projecto, foi aumentar o conhecimento dos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias no que diz respeito aos comportamentos de bullying nas escolas e suas consequências.

Os objectivos específicos formulados foram:

- Informar os alunos sobre o significado do Bullying.
- Ensinar os alunos sobre os vários tipos de Bullying existentes.
- Informar os alunos sobre as características do agressor num caso de Bullying.
- Informar os alunos sobre as características do alvo num caso de Bullying.
- Informar os alunos sobre as características da testemunha num caso de Bullying.
- Informar os alunos sobre exemplos de Bullying.
- Debater com os alunos as ideias erradas existentes sobre o Bullying e as suas implicações.
- Instruir os alunos sobre as formas de agir quando se é vítima num caso de Bullying.
- Instruir os alunos sobre as formas de agir quando se é agressor num caso de Bullying.
- Instruir os alunos sobre as formas de agir quando se é testemunha num caso de Bullying.
- Informar os alunos sobre as soluções possíveis para o Bullying.
- Exemplificar um caso de Bullying através da exibição de um vídeo aos alunos.



Como objectivo operacional definiu-se:

- Aumentar os conhecimentos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias em pelo menos 30% no que diz respeito aos comportamentos de bullying nas escolas e suas consequências.

#### 2.5.1. Execução

Para execução desta actividade entregamos o número de questionários correspondentes ao número total de alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias (136) aos respectivos directores de turma para seu preenchimento; recolhemos os questionários preenchidos; analisamos os dados recolhidos através dos questionários preenchidos (anexo 13); fizemos o planeamento das sessões de EPS (anexo 14), com base nos resultados dos questionários; pedimos colaboração à Polícia Municipal de Matosinhos para a realização das sessões de EPS aos alunos alvo e realizamos as sessões de EPS recorrendo a uma apresentação de multimédia (anexo 15). A sua avaliação foi executada através da aplicação de um novo questionário (anexo 16).

#### 2.5.2. Avaliação

Como já se abordou, para recolha inicial de dados utilizou-se um questionário já validado e a base de dados construída para recolher dados, organizá-los e analisá-los, de forma a compreender a realidade dos alunos que faziam parte da população alvo (turmas de 7º ano e duas turmas de CEF da escola EB 2.3 de Custóias).

Como IP definiu-se: percentagem de alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias que preencheram os questionários sobre comportamentos de bullying.

$$IP = \frac{\text{n.º alunos preencheram os questionários sobre comportamentos de bullying}}{\text{n.º total de alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade}} \times 100$$

O valor obtido com o IP foi de 100%, uma vez que todos os alunos responderam aos questionários apresentados.

Após aplicar 136 questionários no total, a 77 alunos do sexo masculino e 59 do sexo feminino com uma média de idades de 13 anos, analisamos esses dados através da utilização de um programa de análise estatística e procuramos identificar as áreas em que existiam maiores dúvidas ou ambivalências, que se centraram na definição unilateral do Bullying como violência multidimensional repetida contra um mesmo alvo. Foi com base nisso que planeámos uma actividade de EPS. Optámos por fazer uma apresentação comum a todas as turmas, sem individualizar as dúvidas dos alunos de cada uma destas, pois considerámos que a dúvida de uns poderia ser a dúvida de todos.

Foi então possibilitado um período de 90 minutos para executar a sessão de EPS a cada uma das sete turmas trabalhadas (7ºA, 7ºB, 7ºC, 7ºD, 7ºE, CEF1 e CEF COM). Após terminar as sete apresentações concluímos que o tempo foi insuficiente para as dúvidas percebidas e as questões colocadas, tendo existido em todas as turmas assuntos desvalorizados em detrimento de outros cuja resposta aparentava ser mais premente.

Apercebemo-nos, com as intervenções dos alunos, que existem situações de alguma gravidade social nos domicílios de alguns dos mais problemáticos e agressivos, o que vai de encontro à literatura científica sobre o assunto. Compreendemos então a dimensão que esses problemas podem adquirir na vida desses adolescentes e as graves consequências na sua psique e na sua capacidade relacional. Este facto só acrescenta a importância deste tipo de intervenções na vida destas pessoas.

Parece-nos, porquanto, que a metodologia utilizada foi eficaz, o que se verificou tanto pela avaliação da forma como pela avaliação de conteúdo. A avaliação da forma, como se refere no projecto de intervenção, foi efectuada através da observação da participação dos alunos e das questões por eles colocadas durante as sessões de educação para a saúde, uma vez que estes não teriam, na sua generalidade, capacidade de responder a um questionário de avaliação da forma. Em todas as turmas verificou-se uma elevada taxa de participação e foram apresentadas várias dúvidas e interrogações. O filme funcionou como uma ferramenta importante, uma vez que possibilitou a visualização de alguns dos conceitos abordados, permitindo-lhes compreender de que forma estes se podem aplicar à realidade.

Quanto à avaliação de conteúdo, aplicámos um questionário de avaliação com questões que se encontravam presentes no que foi inicialmente aplicado para colheita de dados. Existiram ganhos importantes em todas as turmas, relativamente aos resultados obtidos na aplicação do primeiro questionário. Como nota gostaria de referir que foi necessária a alteração do objectivo operacional/indicador de resultado, uma vez que não foi possível relacionar as respostas do primeiro questionário com as do questionário de avaliação quanto à identificação do aluno, pois, por lapso, não foram colocados números de identificação de cada turma, que permitiriam fazer corresponder as respostas.

Como IR definimos então: percentagem de turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias que aumentaram os seus conhecimentos no que diz respeito aos comportamentos de bullying nas escolas e suas consequências.

$$IR = \frac{\text{n.º de turmas do sétimo ano de escolaridade que} \\ \text{aumentaram os seus conhecimentos sobre comportamentos de bullying} \times 100}{\text{n.º total de turmas do sétimo ano de escolaridade}}$$

Assim, optámos por fazer a avaliação da meta tendo em conta a turma em geral. Para isso, analisámos o aumento de pelo menos um dos conceitos de cada pergunta em pelo menos 30%. Para melhor compreender os resultados aos questionários, foram construídos gráficos

comparativos da aplicação dos dois questionários para todas as turmas da população alvo, de forma individualizada para cada uma destas (anexo 17). Através da análise dos gráficos é facilmente perceptível que houve um aumento de conhecimentos em mais do que um aspecto da definição de Bullying e sobre o que fazer num caso de Bullying.

Relativamente à primeira questão colocada, houve, em todas as turmas, um aumento das respostas sobre os conteúdos base da definição de Bullying – agressão física, agressão verbal e agressão psicológica – com excepção das turmas 7ºD e CEFCOM, em que a frequência de respostas agressão física permaneceu com o mesmo valor. Houve ainda o aumento da associação da definição de Bullying como um acto repetido em cinco das sete turmas. Por outro lado, também se verificou uma redução da definição genérica de Bullying – agressão – para a adopção de respostas mais específicas em quatro das sete turmas em estudo.

Já no que concerne à segunda questão, houve um aumento acentuado em todas as turmas da resposta: identificar o agressor a um adulto, que representa a intervenção essencial a executar quando o aluno se encontra perante um caso de Bullying. Além disso, a resposta castigar o agressor diminuiu de frequência em seis das sete turmas em causa, sendo a excepção a turma CEF1, o que significa que existiu uma transformação muito positiva nos conceitos anteriormente existentes e nas medidas adoptadas quando se está perante um caso de Bullying.

Desta forma, é possível afirmar que a meta foi totalmente alcançada e ultrapassada em todas as turmas, sendo o indicador de resultado igual a 100%.

No final da aplicação desta actividade penso que foi globalmente satisfatória e correspondeu às expectativas e aos objectivos traçados, apesar das barreiras existentes.

### **3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária**

Após a explanação e análise crítico-reflexiva dos projectos implementados no decorrer dos três módulos de estágio considero pertinente a sua conclusão com a indagação das competências alcançadas tendo em conta o que foi definido no artigo 4º do Regulamento n.º 128/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

Antes de iniciar a discussão das competências alcançadas julgo importante descrever que para cada competência, descreverei sumariamente as actividades já anteriormente aprofundadas e concretizadas nos três módulos de estágio que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a aquisição de cada uma das competências.

#### **3.1. Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;**

A concretização desta competência definida pela Ordem dos Enfermeiros envolve todo o processo de planeamento nas suas múltiplas etapas.

A aquisição desta competência iniciou-se com o primeiro módulo de estágio, cuja finalidade se prendia com a realização de um diagnóstico de saúde, o que efectivei em conjunto com as minhas colegas de grupo de estágio. Esta colheita de dados incluiu dois instrumentos distintos direccionados para a identificação de necessidades na área de CP, nomeadamente um formulário e um questionário que foram aplicados às duas populações definidas – clientes/cuidadores alvos de visita domiciliária pelas equipas de Enfermagem das USF Lidador, USF Odisseia e USF Pirâmides residentes em Gueifães, Vermoim e Milheirós e profissionais de saúde do ACES Maia, tal como o recurso ao plano de acção da USF Lidador e ao Perfil Global de Saúde da Maia. A identificação de necessidades foi, portanto, efectuada tendo em conta dados quantitativos e epidemiológicos, que foram organizados e analisados.

Em segundo lugar surge a priorização de necessidades, a qual foi realizada através do consenso de quatro peritas, nomeadamente a enfermeira regente do estágio, a enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária da USF Lidador, a Enfermeira coordenadora da USF Lidador e a Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico do ACES Maia.

Desta priorização surgiram necessidades cuja resposta foi atribuída e dividida pelos vários elementos do grupo de estágio, através da realização de um projecto de intervenção para cada. Eu colaborei na resposta à necessidade de formação dos cuidadores no que diz

respeito a cuidados a pessoa dependente e à necessidade de formação dos profissionais sobre a utilização e manuseamento de terapêutica subcutânea.

Com base nisso, no segundo módulo de estágio foram elaborados projectos de intervenção direccionados que implicaram o contacto telefónico dos cuidadores que haviam afirmado a existência de necessidades de formação no formulário aplicado no primeiro módulo de estágio e o planeamento e execução de uma visita domiciliária a cada um deles em que intervim e, em simultâneo, realizei a avaliação da minha intervenção através da aplicação de um questionário com recurso a escala de Likert no início e no fim das visitas.

Relativamente à necessidade de formação sobre terapêutica SC, em conjunto com uma colega de grupo, planeamos e executamos formações com a duração aproximada de uma hora em quatro das unidades do ACES Maia a todos os profissionais que se inscreveram nas mesmas formações, uma vez que estas se inseriram no plano de formação em serviço do mesmo ACES. A sua avaliação foi feita com recurso a um teste escrito e a um documento de avaliação da forma.

No que diz respeito ao terceiro módulo, devido ao tempo escasso, colaborei na realização de um projecto de intervenção integrado no Programa de Saúde Escolar, já anteriormente definido pela UCC da Senhora da Hora. Por essa razão optei pela temática Bullying nas escolas. Para a sua concretização aplicámos um questionário validado para a recolha de dados sobre o Bullying nas escolas às turmas da população alvo definida (turmas de 7º ano e turmas de CEF da Escola EB 2.3 de Custódias); de seguida, com base nos resultados da análise desses dados, planeamos (anexo 14) e executamos uma actividade de educação para a saúde, que avaliámos com o auxílio de um teste com questões já presentes no primeiro questionário e que me permitiu comparar os dados e identificar ganhos imediatos. Para todos os projectos de intervenção foram definidos indicadores de processo e de resultado, que foram cumpridos.

Por tudo o que referi julgo ter conseguido alcançar e consolidar esta competência, uma vez que fui capaz de seguir e concretizar todas as etapas do planeamento em saúde.

### **3.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;**

A capacitação de grupos e comunidades entende-se como o empoderamento ou empowerment das populações. O seu objectivo é dar às populações os seus próprios meios para actuar na gestão e controlo da própria saúde.

Considero que atingi esta competência, visto que capacitei os alvos da minha intervenção em todos os projectos que concluí.

A nível da formação aos cuidadores, ao praticar a visita domiciliária fui capaz de transmitir conhecimentos e práticas aos cuidadores, cujo objectivo se prendeu com a melhoria

da qualidade de cuidados e das técnicas e intervenções utilizadas pelo prestador de cuidados; logo, os utentes/ cuidadores, ao estarem conscientes da informação transmitida e da forma correcta de organizarem e executarem os cuidados, objectivando as vantagens das intervenções, ficaram capacitados para tomarem decisões.

Por fim, no que concerne ao tema *Bullying, mais que uma brincadeira*, as sessões de Educação para a Saúde foram fundamentais, na medida em que permitiram uma maior aquisição de conhecimentos sobre as formas de agir quando na presença de um caso de Bullying, o que os capacitou para agir de uma forma correcta.

### **3.3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;**

Os projectos de intervenção concretizados integraram-se na totalidade em Programas Nacionais, nomeadamente o Programa Nacional de CP (2010) e o Programa Nacional de Saúde Escolar.

### **3.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.**

Para atender ao desenvolvimento desta competência foram construídos e aplicados vários instrumentos de dados durante o estágio nos seus três módulos, que visavam a recolha de dados de natureza epidemiológica e, portanto, passíveis de serem trabalhados e utilizados para a caracterização do perfil epidemiológico da população abrangida pelo ACES Maia.

#### 4. Conclusões Gerais

A conclusão de um relatório em que se efectua uma análise de projectos tão diversos e abrangentes pode ser complexa, no entanto, creio que tornou mais simples a definição de todos os momentos marcantes e portadores de uma fonte inesgotável de aprendizagens e transformações.

Considero pertinente resumir o trabalho efectuado na totalidade do estágio, tendo em conta os ganhos em saúde obtidos. O primeiro projecto de intervenção operacionalizado baseou-se nas necessidades identificadas e priorizadas no primeiro módulo de estágio, que corresponderam à necessidade de formação de cuidadores sobre prestação de cuidados a pessoa dependente no autocuidado e a necessidade de formação dos profissionais do ACES Maia no que diz respeito ao manuseamento e administração de terapêutica subcutânea. No terceiro módulo foi identificada, junto da enfermeira de saúde escolar do local de estágio, a necessidade de formação de um grupo de alunos de uma escola sobre o Bullying.

Para dar resposta à primeira necessidade definida, formação de cuidadores sobre prestação de cuidados a pessoa dependente no autocuidado, foram realizadas visitas domiciliárias aos cuidadores identificados, intervindo in loco, no sentido de permitir um aumento dos conhecimentos dos cuidadores; o indicador de resultado, que correspondia à percentagem de cuidadores com aumento de conhecimentos sobre a prestação de cuidados a pessoas dependentes no autocuidado correspondeu a 100%, uma vez que todos eles revelaram evolução em termos de conhecimento em, pelo menos, uma das dimensões da prestação de cuidados definida. Este projecto poderá resultar num importante ganho em saúde, não só para o utente, que poderá passar a ser alvo de cuidados mais adequados, como para o cuidador que poderá melhorar, por um lado, a sua condição física e, por outro, a sua condição emocional.

Relativamente à segunda necessidade identificada foram planeadas e realizados três momentos formativos, de conteúdos iguais, de forma a permitir a presença de todos os profissionais com esta necessidade formativa. Para avaliação de conhecimentos foi aplicado um teste sumativo e um documento para avaliação da forma, a partir dos quais foi possível calcular os indicadores de resultado – percentagem de formandos com classificação superior a 60% no teste escrito (nota superior a 12 numa escala de 0 a 20) e percentagem de formandos que considerarem terem adquirido conhecimentos úteis para a sua actividade profissional – em que ambos corresponderam a 100%. Considero a concretização deste projecto de intervenção fundamental, na medida em que, ao aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde do ACES Maia, capacita-os para uma prestação de cuidados mais adequada a utentes que podem beneficiar da utilização da via SC para administração de fármacos ou fluidoterapia.

Por fim, a terceira necessidade, formação de sete turmas do 7º ano de uma escola EB 2.3 sobre o Bullying, foi respondida através da aplicação de um questionário prévio, para avaliação das necessidades de formação da população alvo sobre o Bullying, e da planificação e realização de sete sessões de EPS. Para avaliação foi aplicado um questionário com questões semelhantes a algumas das aplicadas no questionário de avaliação das necessidades. O indicador de resultado – percentagem de turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias que aumentaram os seus conhecimentos no que diz respeito aos comportamentos de Bullying nas escolas e suas consequências – correspondeu a 100%. A aplicação deste projecto de intervenção permitiu um aumento de conhecimentos sobre o que significa Bullying e tudo o que este implica, pelo que poderá repercutir-se numa redução dos comportamentos e das consequências a este associadas.

Assim, como elementos fulcrais de todo o EEC identifiquei a possibilidade de trabalhar com populações distintas. Em primeiro lugar valorizei o contacto com cuidadores de utentes com dependência funcional, pois, permitiu-me conhecer a abrangência das suas necessidades e as formas variadas de intervenções que o enfermeiro especialista pode adoptar para auxiliar o cuidador na aceitação e aquisição de competências para o papel de prestador de cuidados: dimensão socioeconómica, ensinos de procedimentos e técnicas, apoio emocional. Apesar de a intervenção nessa população se ter focado nas necessidades de formação do cuidador, tenho a convicção de que um acompanhamento próximo do enfermeiro de saúde comunitária desde uma fase precoce da evolução da doença da pessoa cuidada seria fundamental para que os cuidadores se adaptassem com mais facilidade e efectividade aos seus novos papéis.

Em segundo lugar, a possibilidade de participar na formação de profissionais na utilização da terapêutica SC em CP representou um importante ganho, pois, pude compreender o modo como a partilha de novos conhecimentos e procedimentos em Enfermagem funciona como factor positivo para a melhoria real dos cuidados prestados. A prática de Enfermagem avançada requer um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados e é a partir desta que a Enfermagem conquista relevância como ciência.

Em terceiro lugar, a possibilidade de trabalhar o programa de saúde escolar em conjunto com uma instituição de ensino foi essencial para a aquisição de competências como enfermeira especialista. Finalmente pude interiorizar o que significa trabalhar com a comunidade, o que constitui o preceito base da Enfermagem Comunitária. O modo como a equipa de saúde escolar da UCC da Senhora da Hora e a Escola EB 2.3 de Custóias se articulam torna clara a ideia de que o trabalho conjunto dita mais e melhores resultados.

Em todos os módulos de estágio destaco a cooperação com outras organizações da comunidade e a possibilidade de elaborar planeamentos comuns com intervenções organizadas e continuadas. Permitiu-me a abertura das minhas perspectivas de acção, pois, este percurso facultou um grande contributo acrescentando-lhes consistência e firmeza.



Como barreira para as intervenções efectuadas identifico a disponibilidade temporal para a execução dos projectos de intervenção que limitou muito o tipo de acções planeadas para dar resposta às necessidades identificadas. Apesar disso, estou consciente de que a capacidade de organização de intervenções, estabelecendo metas temporais, é também fundamental e uma das competências a adquirir como Enfermeira especialista.

Concluo com um conceito que já conheço desde o período da minha licenciatura, o empoderamento das comunidades. É essencial que qualquer enfermeiro conheça e aplique este conceito, pois, a aquisição de ganhos em saúde encontra-se directamente relacionada com o mesmo. O especialista em Enfermagem Comunitária deve representar, por excelência, o profissional que utiliza os vários recursos comunitários para actuar aos cinco níveis de prevenção, em conjunto com a equipa multidisciplinar, tendo como base que a capacitação das populações deve figurar no cerne dos seus cuidados.

## 5. Referências Bibliográficas

Artigo 4º do Regulamento n.º 128/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

AZEVEDO, Carlos M.; AZEVEDO, Ana G. – Metodologia Científica: Contributos Práticos para a elaboração de Trabalhos Académicos. 8.ª Edição, Porto, 2006.

BARBOSA, A.; NETO, Isabel (Coords) – Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2ª edição, 2010.

BRONFENBRENNER, U. – The ecology of human development. Cambridge: Harvard/University Press, 1979.

CARVALHOSA, S., LIMA, L. & MATOS, M. – Bullying - A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 523-537, 2001.

CARVALHOSA, S., & MATOS, M. – Bullying in schools: what's going on? Paper presented at the 9th Biennial Conference of EARA, Porto, 2004.

CARVALHOSA, S., & MATOS, M. – Provocação entre pares em idade escolar. In M. Matos (ed.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (3ª ed.). Cruz Quebrada: FMH Edições, 2005.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0. 2005

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa, 2004.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controle da Diabetes, Lisboa, 2008.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa, 2010.

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro – Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.

IMPERATORI, E; GIRALDES, M. – Metodologia do Planeamento da Saúde. Algueirão: Editorial do MEC, 2ª edição, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde, Prioridades para 2004-2010-Mais Saúde para Todos, Lisboa, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégias para 2004-2010-Mais Saúde para Todos, Lisboa, 2004.

MOREIRA, I – O Doente Terminal em Contexto Familiar. Uma análise da experiência do cuidar vivenciada pela família. Formasau, Coimbra, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos. Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2005.

RAIMUNDO, R. & SEIXAS, S. – Comportamentos de Bullying no 1º ciclo: Estudo de caso numa Escola de Lisboa. Interações N.º. 13, PP. 164-186, 2009.

USF LIDADOR – Plano de Acção da USF Lidador, Maia, 2010.

TWYXCROSS, R – Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi editores, 2001.

[www.cm-maia.pt](http://www.cm-maia.pt)

[www.ine.pt](http://www.ine.pt)

[www.smeas-maia.pt](http://www.smeas-maia.pt)

# Anexos

## **Anexo 1**

Projecto de intervenção do módulo 2.

*Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária*

# **Formar para Cuidar**

Estágio em Enfermagem Comunitária: Módulo II

Projecto de Intervenção Comunitária

Unidade de Saúde Familiar Lidador

*Filipa Gonçalves, n.º 361609016*

Porto, 6 de Outubro de 2010

Ano Lectivo 2010/2011

*Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária*

# **Formar para Cuidar**

**Estágio em Enfermagem Comunitária: Módulo II**

**Projecto de Intervenção Comunitária**

**Unidade de Saúde Familiar Lidador**

*Filipa Gonçalves, n.º 361609016*

**Coordenação Pedagógica:** *Sra. Enf.ª Norminda Magalhães*

**Enfermeira Tutora:** *Sra. Enf.ª Jerusa Sanfins*

Porto, 6 de Outubro de 2010

Ano Lectivo 2010/2011

*“Anseio por cumprir uma grande e nobre tarefa,  
mas o meu principal dever é cumprir pequenas tarefas  
como se fossem grandes e nobres.”*

(Keller, *in* Exley, 2000)



### **Abreviaturas e Siglas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CS – Centro de Saúde

CP – Cuidados Paliativos

DM – Diabetes Mellitus

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System/ Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos.

EEC – Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

IP – Indicador de processo

IR – Indicador de resultado

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

Sra. – Senhora

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Sumário

0. Nota Introdutória .....	5
1. Diagnóstico de Saúde/ Prioridades .....	7
2. Fundamentação para a Selecção das Actividades/Objectivos .....	8
3. Objectivos Individuais .....	14
4. Actividades a Desenvolver .....	16
5. Nota Final.....	24
Referências Bibliográficas.....	25
Anexos .....	26

## 0. Nota Introdutória

O presente projecto de intervenção foi solicitado no âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária integrado no Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, coordenado pela Sra. Enfermeira Docente Norminda Magalhães. O Estágio de Enfermagem Comunitária divide-se em três módulos com 30 ECTS, com um total de 750 horas, sendo 540 de contacto directo. Este segundo módulo será realizado no contexto da USF Lidador, tal como o primeiro. A enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária responsável pela tutoria na USF Lidador é a Sra. Enfermeira Jerusa Sanfins.

A realização deste documento surge no seguimento do diagnóstico de situação construído no primeiro módulo e das prioridades definidas após consenso de peritos com base nos dados recolhidos.

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009), o título de enfermeiro especialista é conferido ao enfermeiro com competência científica, técnica e humana para prestar, não apenas cuidados gerais, mas cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade. Para esse efeito integra-se no plano de estudos o Estágio de Enfermagem Comunitária cujo objectivo primordial se prende com a aquisição, melhoria e aperfeiçoamento das competências do enfermeiro nessa área.

Neste projecto individual pretendem-se descrever as actividades a realizar, identificando os seus objectivos e problemas a que pretendem dar resposta, assim como os indicadores de actividade e de resultado, com base nas necessidades e prioridades previamente identificadas pelo grupo. Nesse sentido, uma vez que foram identificadas várias necessidades/problemas, tanto no âmbito dos profissionais de saúde como dos cuidadores e utentes, a responsabilidade de resposta aos mesmos foi dividida pelos quatro elementos do grupo. Eu darei resposta à necessidade de formação sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados aos familiares/cuidadores, assim como à necessidade identificada de formação dos profissionais do ACES Maia no âmbito do manuseamento e administração de terapêutica subcutânea, esta última actividade será concluída em conjunto com a minha colega Margarida Alvarenga. Fui ainda convidada pela mesma colega de grupo

para participar nas duas sessões de formação planeadas sobre Cuidados Paliativos aos profissionais do ACES Maia para abranger a temática da comunicação com os utentes e seus familiares. Por fim, o grupo decidiu oferecer à USF Lidador um Manual de Cuidados Paliativos no qual vou desenvolver as temáticas de terapêuticas não farmacológicas para alívio da dor.

Início este projecto com a fundamentação para a selecção das actividades/objectivos, onde também descrevo os objectivos gerais e específicos do plano de estudos da EEC; de seguida apresento os meus objectivos específicos e operacionais, tais como as competências que pretendo alcançar; depois descrevo as actividades que realizarei, tendo em conta o diagnóstico de situação efectuado e concluo com a nota final.

Este documento servirá ainda como a base para a elaboração do Relatório de Estágio a entregar no final dos três módulos de estágio.

## **1. Diagnóstico de Saúde/ Prioridades**

O Diagnóstico de Saúde foi construído no módulo anterior, tendo como população em análise os profissionais de saúde do ACES Maia e os clientes/cuidadores em regime de visita domiciliária das freguesias de Gueifães, Vermoim e Milheirós pelas USF Lidador, Odisseia e Pirâmides.

O documento foi realizado pelos quatro elementos do grupo: Filipa Daniela Vieira Gonçalves, Jacinta de Fátima Vicente Pires Rente da Silva e Sousa, Margarida Isabel Cardoso dos Santos Freitas Alvarenga e Sandra Catarina Fonseca Simões da Silva.

As necessidades identificadas foram as seguintes:

- Cliente – apoio familiar, apoio socioeconómico, gestão do regime terapêutico e apoio familiar.
- Cuidador – apoio emocional, apoio socioeconómico e formação sobre prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados.
- Profissionais de saúde do ACES Maia – formação em CP.

Após consenso de peritos, como já foi anteriormente referido, a necessidade identificada para os profissionais e, por isso priorizada, foi a formação em CP, em relação às necessidades priorizadas para os clientes/cuidadores foram:

- A. Necessidade de apoio emocional tanto para o cliente como para os cuidadores;
- B. Necessidade de formação aos cuidadores;
- C. Necessidade de apoio socioeconómico.

A resposta às necessidades priorizadas foi dividida pelos elementos do grupo. Neste documento descreverei somente aquelas a que darei resposta.

## 2. Fundamentação para a Selecção das Actividades/Objectivos

O diagnóstico de situação formulado pelo grupo permitiu a identificação de várias necessidades que foram priorizadas através do consenso de três peritas: a Sra. Coordenadora pedagógica do grupo, a Sra. Enfermeira tutora no local de estágio e a Sra. Enfermeira coordenadora da USF Lidador. Devido ao número de necessidades e, de forma a dar-lhes resposta na sua globalidade, procurámos dividir as responsabilidades e as actividades a realizar por cada elemento do grupo. Como referi anteriormente, o enfoque das minhas intervenções neste módulo de estágio centrar-se-á na **formação dos familiares/cuidadores no que diz respeito à prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados**, que, não estando directamente relacionada aos utentes com necessidade de cuidados paliativos, abrange-os numa parte considerável, com o evoluir da doença incapacitante.

Optei pela temática acima definida pois penso representar uma das grandes lacunas existentes no que diz respeito ao acompanhamento de utentes no domicílio. Através da minha experiência profissional e até mesmo da minha observação aquando das visitas domiciliárias realizadas no primeiro módulo de estágio, apercebi-me que muitos familiares/cuidadores que já acompanham a pessoa doente, por vezes há anos, cometem erros nos seus cuidados no que diz respeito ao conforto do doente, mas também no que concerne à própria mecânica corporal e às técnicas utilizadas para mobilizar, posicionar, alimentar e até mesmo organizar o seu dia-a-dia, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados, que se repercutem na qualidade de vida do doente e, em adição, prejudicam o próprio cuidador na esfera física e emocional.

Essas problemáticas são muitas vezes agravadas pelo stress e pela falta de apoio sentidos pelo cuidador, que assume a maioria das responsabilidades do cuidado da pessoa doente, esquecendo-se das suas próprias necessidades como pessoa. Esta área será trabalhada por outra colega de grupo. Já Moreira (2005) afirma que os familiares/cuidadores de doentes que desejam permanecer no seu domicílio até à hora da sua morte devem também ser cuidados, recebendo um acompanhamento e apoio efectivos, pois, apesar de considerarem o cuidar do familiar doente como um acto de amor, este acarreta grandes responsabilidades e dificuldades, às quais o cuidador não consegue muitas vezes dar resposta.

Tudo isto foi corroborado pelas respostas obtidas nas entrevistas e por várias declarações fora do contexto do questionário feitas pelos cuidadores. A maior parte referiu-nos que não teve qualquer formação nos cuidados a pessoa dependente e, os que tiveram, foi numa preparação de alta em contexto hospitalar, sendo apenas instruídos e não praticantes ou supervisionados no domicílio.

Neste sentido considero essencial a resposta a estas necessidades, tendo também em vista intervenções no âmbito da prevenção quaternária, na promoção da qualidade de vida e na disponibilização de meios de apoio ao utente com necessidade de CP e seus familiares/cuidadores informais, o que poderá contribuir para a redução do internamento hospitalar e do desenvolvimento de co-morbilidades. Esta afirmação é corroborada pelo PNS 2004-2010, volume II, Orientações Estratégicas (2004:35) lendo-se que *“A quase inexistência de respostas organizadas no âmbito dos cuidados paliativos leva a que os doentes com doenças de evolução prolongada e grave ocupem, inadequadamente, camas hospitalares em serviços que não estão treinados nem vocacionados para a gestão do sofrimento, ou, então, se encontrem no domicílio, entregues apenas a cuidados de âmbito generalista e informais, que, apesar de importantes, não esgotam a sua necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global.”*

Além da necessidade acima abordada e, como referi anteriormente, abordarei a temática da **comunicação com os utentes/familiares com necessidade de cuidados paliativos** na formação a realizar aos profissionais do ACES Maia sobre “Cuidados Paliativos” para que fui convidada.

É fundamental que os profissionais de saúde compreendam de que forma devem organizar o seu discurso perante o doente e a família. A função do profissional é, através dos seus cuidados, promover o conforto e a qualidade de vida do utente, mas também do sistema familiar. Neste contexto a comunicação revela-se uma ferramenta fundamental, na medida em que deve ser adaptada às necessidades de cada utente, mas também aos seus objectivos e à fase de aceitação da doença em que se encontra e, o que é sem dúvida fundamental, é que deve ser dada a informação que for solicitada pelo utente, é este que define o momento de colocar a questão e a sua opção deve ser respeitada. É também importante mediar a comunicação doente/família e a muitas vezes existente conspiração do silêncio. Em adição, o profissional de saúde ocupa uma posição privilegiada para identificar as necessidades do sistema familiar e do utente, identificando por vezes a necessidade de realizar uma conferência familiar, ou de conversar de forma individual com algum

dos elementos da família de forma a permitir a resolução de algum problema/necessidade (Twycross, 2001).

Relativamente à formação sobre o **manuseamento e administração de terapêutica subcutânea** aos profissionais do ACES Maia, cuja necessidade nos foi identificada pela direcção do próprio ACES, considero-a de sobremaneira importante, pois o aumento de conhecimento relativo a esta temática, tanto na equipa de Enfermagem como na equipa médica, poderá permitir uma melhoria dos cuidados a nível domiciliário, que se preconiza no PNS 2004-2010, dadas as grandes vantagens desta via de administração, tal como o seu fácil manuseamento e manutenção e reduzido desconforto provocado nos doentes. Os momentos de formação terão lugar a 11 de Outubro de 2010 (Sala de reuniões do Centro de Saúde de Castelo da Maia), 12 de Outubro de 2010 (Sala de reuniões do centro de Saúde da Maia) e 15 de Outubro de 2010 (Sala de reuniões do Centro de Saúde de Águas Santas).

Além disso, a **construção de um manual de CP** para oferta à USF Lidador, constituirá uma mais-valia no que diz respeito à qualidade de cuidados prestados, na medida em que nesta serão abordados temas basais para a prática de CP, permitindo um suporte abrangente e disponível para os profissionais da equipa multidisciplinar. Do manual a construir farão parte as seguintes temáticas: princípios e filosofia dos CP; princípios e avaliação do controlo de sintomas; assistência domiciliária em CP – família e cuidador, administração de terapêutica via subcutânea; medidas não farmacológicas para o controlo de sintomas; consulta em CP; apoio familiar; informação e comunicação em CP; urgências em CP; cuidados nos últimos dias de vida; aspectos éticos em CP; apoio no luto. Eu ficarei responsável pelos temas: informação e comunicação em CP, medidas não farmacológicas para o controlo de sintomas e apoio no luto.

Por fim, uma vez que constitui finalidade do EEC o desenvolvimento de competências no que diz respeito à prestação directa de cuidados em contexto de CSP, optei por me centrar no **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**, revisto em 2008 (PNPCD).

O desenvolvimento da Diabetes Mellitus (DM) pode vir a provocar, numa fase avançada, a insuficiência de órgãos, o que consta da definição da OMS do que significa ser alvo de CP. Neste sentido, e porque a DM constitui uma das doenças em foco no século XXI, considero o desenvolvimento de competências nesta área uma importante mais-valia para o meu exercício profissional.



A origem do PNPCD em Portugal, cuja versão actual é de 2008, data da década de setenta do século XX, tendo sido alterado e adaptado à realidade vigente até à actualidade. Existe uma preocupação internacional no que respeita à DM e às suas complicações, como doença incapacitante. Já em 1989 Portugal assinava a Declaração de *St. Vincent*, em que se comprometia a reduzir as principais complicações da DM (cegueira, amputações major dos membros inferiores, insuficiência renal terminal e doença coronária), que foi reforçada em 1997 em Lisboa com a *Fourth Meeting for the Implementation of the Sr. Vincent Declaration Diabetes Care and Research in Europe - Improvement of Diabetes Care*, co-organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Federação Internacional de Diabetes (IDF) e Direcção-Geral da Saúde (DGS). Em 1998 assumiu-se a revisão do PNPCD para a aproximação ao modelo de gestão integrada da DM e desenvolvimento de parcerias para a vigilância da doença. O actual PNPCD (2008) surge da necessidade de aumentar os ganhos em saúde obtidos e de inverter a tendência do crescimento da patologia em causa e suas complicações, tendo sido revisto pela DGS com a colaboração científica da Sociedade Portuguesa de Diabetologia e das Associações de Diabéticos. Constam ainda no mesmo plano dados do Inquérito Nacional de Saúde que estimam que a prevalência da DM no país variará de 8.2%, em 2007, para 9.8%, em 2025.

Deste modo, representando o Programa da DM um dos focos de atenção do Plano de Acção da USF Lidador, optei por desenvolver competências nesta área, pois, apesar de a DM representar uma patologia amplamente estudada, ainda há muitas intervenções a concretizar para a prevenir e controlar de forma eficaz e eficiente. Dentro dos níveis de prevenção optei pela terciária – prevenção das complicações micro e macrovasculares – uma vez que são estas complicações que podem transformar o doente diabético num doente de CP.

Em suma, com este projecto de intervenção pretendo identificar as actividades e as estratégias a adoptar para permitir a resolução das necessidades/problemas identificados, definindo os objectivos e indicadores de actividade e resultado a alcançar com cada uma destas. Para isso considero importante descrever os objectivos gerais e específicos do plano de estudos.

### Objectivos Gerais

- I. Demonstrar capacidade de aplicação dos conhecimentos, de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem Comunitária e em particular com a área dos CP.
- II. Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.
- III. Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

### Objectivos Específicos do Plano de Estudos

- 1 .Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- 2 Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- 3 . Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- 4 . Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- 5 . Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- 6 . Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.
- 7 . Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- 8 . Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de da sua especialização;
- 9 . Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização

- 10 . Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- 11 . Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- 12 . Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- 13 . Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
- 14 . Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- 15 . Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- 16 . Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- 17 . Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- 18 . Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
- 19 . Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização;
- 20 . Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- 21 . Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- 22 . Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;
- 23 . Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
- 24 . Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização;
- 25 . Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- 26 . Realizar a gestão dos cuidados na área de especialização;
- 27 . Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
- 28 . Promover formação em serviço na área da especialização;
- 29 . Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

Seguidamente identifico os meus objectivos individuais.

### 3. Objectivos Individuais

Como já referido, com este Módulo II do EEC (6 de Outubro a 29 de Novembro de 2010) pretende-se a operacionalização do presente projecto de intervenção e será feita a sua avaliação de acordo com o diagnóstico e os objectivos anteriormente traçados.

As competências a consolidar são de cariz instrumental, interpessoal, profissional e sistémico, para permitir uma intervenção eficaz. Deste modo, apresento seguidamente os objectivos gerais (descritos na parte I – Fundamentação para a Selecção das Actividades/Objectivos), respectivos objectivos específicos e as competências a atingir para a consecução dos mesmos.

#### Objectivo Geral I

Objectivos Específicos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar situações complexas, mobilizando saberes adquiridos no percurso profissional e durante a formação em Enfermagem Comunitária.</li> <li>Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem baseados nos conhecimentos desenvolvidos e aprofundados e actualizados na área de especialização em Enfermagem Comunitária.</li> <li>Desenvolver competências na comunicação, na relação com o cliente, a família e os cuidadores, assim como com a equipa multidisciplinar.</li> <li>Planear um projecto de intervenção.</li> <li>Participar na organização de serviços de saúde e na gestão de cuidados de enfermagem na área de saúde comunitária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicação de uma prática de enfermagem avançada nos cuidados ao indivíduo, família e comunidade.</li> <li>Implementação de uma prática centrada na aprendizagem de métodos de análise e sua adequação a situações complexas, de acordo com uma perspectiva académica avançada aos cinco níveis de prevenção.</li> <li>Estabelecimento de uma comunicação eficaz com o cliente, família e comunidade e com a equipa multidisciplinar.</li> <li>Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, família e comunidade.</li> <li>Estabelecimento de métodos de trabalho eficazes com a equipa multidisciplinar.</li> <li>Formulação de objectivos e estratégias em relação às necessidades de saúde prioritizadas.</li> <li>Estabelecimento de um projecto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</li> </ul>

Objectivo Geral II

Objectivos Específicos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para uma eficaz avaliação e adequação dos vários métodos de análise de situações complexas.</li> <li>• Implementar uma filosofia de cuidados de enfermagem harmónica com os valores que orientam a profissão de enfermagem e com a matriz cultural do cliente/família/comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenção sistemática e criativa em questões complexas relacionadas com o cliente, família e comunidade.</li> <li>• Estabelecimento de respostas adequadas perante situações imprevistas e complexas.</li> <li>• Tomada de decisões fundamentadas nas evidências científicas e nas responsabilidades sociais e éticas.</li> <li>• Avaliação da adequação de métodos de análise de situações complexas, em relação ao cliente e família, numa perspectiva profissional avançada.</li> <li>• Utilização de consciência crítica para com os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente, família e comunidade.</li> <li>• Intervenção direccionada à gestão de informação em saúde ao cliente/ família e comunidade.</li> </ul>

Objectivo Geral III

Objectivos Específicos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover formação em serviço na área da especialização em Enfermagem Comunitária.</li> <li>• Informar os elementos da equipa multidisciplinar acerca dos objectivos do projecto de diagnóstico e intervenção e incentivar a sua participação e colaboração na sua execução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção, de forma contínua e autónoma, do processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.</li> <li>• Promoção da formação em serviço na área da EEC e em particular de CP.</li> <li>• Promoção e participação na investigação em serviço.</li> </ul>

#### 4. Actividades a Desenvolver

De seguida descrevo as actividades a realizar para dar resposta às necessidades anteriormente referidas, definindo, para cada uma destas, as estratégias a atender e os respectivos indicadores de processo e de resultado e meta a alcançar.

Todos os objectivos operacionais e indicadores devem ser avaliados, respeitando o período compreendido entre 6 de Outubro e 29 de Novembro de 2010.

##### A. Formação a familiares/cuidadores sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados

De seguida descreve-se a actividade supracitada.

###### *Objectivos gerais*

Aumentar os conhecimentos dos familiares/cuidadores sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados.

Melhorar a prestação de cuidados à pessoa dependente nos autocuidados.

###### *Objectivos específicos*

Aumentar os conhecimentos do cuidador no que diz respeito à identificação de necessidades de cuidados à pessoa dependente nos autocuidados.

Melhorar a capacidade de avaliação do cuidador das necessidades da pessoa dependente nos autocuidados.

Melhorar o planeamento de cuidados do cuidador à pessoa dependente nos autocuidados.

Melhorar a execução de cuidados do cuidador à pessoa dependente nos autocuidados.

Melhorar a mecânica corporal do cuidador durante a prestação de cuidados à pessoa dependente nos autocuidados.

#### *Objectivo operacional*

Aumentar os conhecimentos de pelo menos 50% dos familiares/cuidadores participantes na formação sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente.

#### *Estratégias*

- i. Contacto telefónico de todos os familiares/cuidadores entrevistados no módulo I de estágio que referiram ter necessidade de formação em cuidados a pessoa dependente para identificar os interessados em receber formação.
- ii. De acordo com o número de cuidadores interessados planear visitas domiciliárias para formação dos cuidadores in loco, para a identificação dos erros e dos problemas existentes nos cuidados a pessoa dependente em contexto próximo.
- iii. Convidar se necessário, de acordo com o número de cuidadores interessados, um ou mais elementos do grupo de trabalho para a colaboração na realização das visitas.
- iv. No início de cada visita aplicar um questionário que permita identificar as áreas que devem ser priorizadas na formação.
- v. Formar o cuidador nas três áreas prioritárias, de acordo com a aplicação do questionário.
- vi. No final de cada visita avaliar, através da aplicação do mesmo questionário aplicado no início da visita, a aquisição de competências por parte dos cuidadores.
- vii. Publicitar a formação sobre cuidados a pessoa dependente na freguesia de Gueifães.
- viii. Se existirem mais de cinco pessoas interessadas planear uma formação na sala de reuniões da USF Lidador com a participação dos

intervenientes, recriando momentos do dia-a-dia que representem dificuldades e dúvidas nos cuidados a pessoa dependente.

- ix. No início e no final da reunião fazer uma avaliação das competências adquiridas pelos participantes através da aplicação de um questionário.

#### *Indicador de processo*

Percentagem de cuidadores contactados participantes na formação na prestação de cuidados a pessoa dependente.

$$IP = \frac{\text{n.º de cuidadores participantes na formação}}{\text{n.º total de cuidadores entrevistados}} \times 100$$

#### *Indicador de resultado*

Percentagem de cuidadores que adquiriram competências após a formação sobre prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados.

$$IR = \frac{\text{n.º cuidadores que adquiriram competências}}{\text{n.º total de cuidadores participantes}} \times 100$$

### B. Formação sobre a administração de fármacos por via subcutânea: via verde em CP

De seguida descreve-se a actividade supracitada.

#### *Objectivo geral*

Aumentar as competências dos profissionais de saúde do ACES Maia que se inscrevam na formação no que concerne ao manuseamento e administração de terapêutica subcutânea.



Melhorar a prestação de cuidados ao utente com necessidade de cuidados paliativos em contexto domiciliário.

*Objectivos específicos*

Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as indicações para o uso de Medicação por via subcutânea.

Ensinar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre os locais possíveis para colocação do cateter subcutâneo, para administração de medicação em bólus.

Ensinar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre os locais possíveis para colocação do cateter subcutâneo, para administração de medicação em perfusão contínua.

Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as vantagens do uso da medicação por via subcutânea.

Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as desvantagens do uso da medicação por via subcutânea.

Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre o material necessário para a administração de medicação por via subcutânea em bólus.

Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre o material necessário para a administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.

Instruir os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea em bólus.

Instruir os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.

Instruir os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre administração de fluidos e electrólitos por via subcutânea: Hipodermoclise.

Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as vantagens da Hipodermoclise.

Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre as desvantagens da Hipodermoclise.

Informar os enfermeiros do ACES Maia inscritos na formação sobre cuidados de enfermagem a um doente com medicação por via subcutânea, em bólus.

Informar os enfermeiros do ACES Maia inscritos na formação sobre cuidados de enfermagem a um doente com medicação por via subcutânea, em perfusão contínua.

Informar os profissionais de saúde do ACES Maia inscritos na formação sobre a lista de fármacos susceptíveis de administração por via subcutânea.

#### *Objectivo operacional*

Aumentar os conhecimentos de pelo menos 60% dos profissionais de saúde do ACES Maia participantes na formação no que concerne ao manuseamento e administração de medicação por via subcutânea.

#### *Estratégias*

- i. Planear a sessão de formação sobre manuseamento e administração de terapêutica subcutânea.
- ii. Requisitar retroprojector para apresentação multimédia.
- iii. Efectuar a sessão de formação utilizando uma abordagem interactiva, mas centrada nos formandos, recorrendo a media didácticos diversos.
- iv. Recorrer a um teste escrito para avaliação da sessão de formação com correcção no local e entrega dos testes preenchidos não identificados.

- v. Entrega de panfletos aos formandos e apresentação de um poster alusivos à temática.

*Indicador de processo*

Percentagem de enfermeiros das unidades de saúde do ACES Maia que assistiram à sessão de formação.

$$IP = \frac{\text{n.º de enfermeiros do ACES Maia participantes}}{\text{n.º total de enfermeiros do ACES Maia}} \times 100$$

*Indicadores de resultado*

Percentagem de formandos com classificação superior a 60% no teste escrito (nota superior a 12 numa escala de 0 a 20).

$$IR = \frac{\text{n.º de formandos com classificação superior a 60\% no teste escrito}}{\text{n.º total de formandos}} \times 100$$

Percentagem de formandos que considerarem terem adquirido conhecimentos úteis para a sua actividade profissional.

$$IR = \frac{\text{n.º de formandos que considerem ter adquirido conhecimento úteis}}{\text{n.º total de formandos}} \times 100$$

C. Diabetes Mellitus: prevenção de complicações micro e macrovasculares

De seguida descreve-se a actividade supracitada.

### *Objectivo geral*

Aumentar as minhas competências no que diz respeito à prevenção de complicações micro e macrovasculares nos membros inferiores.

### *Objectivos específicos*

Ser capaz de identificar comportamentos de risco no que diz respeito ao desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares.

Adequar os conteúdos e os métodos utilizados para efectuar educação para a saúde no âmbito da prevenção de complicações micro e macrovasculares.

Ser capaz de identificar casos clínicos com necessidade de referenciação para consultas diferenciadas (pé diabético).

Intervir de acordo com a prática de Enfermagem avançada.

### *Objectivo operacional*

Aplicar educação para a saúde de forma adequada aos factores de risco existentes para desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares em pelo menos 50% das consultas realizadas.

### *Estratégias*

- i. Efectuar pesquisas documentais actualizadas no que respeita à fisiopatologia da DM, suas complicações e hábitos e estilos de vida de risco e preventivos.
- ii. Consultar os registos de SAPE, no que respeita às intervenções anteriores e evolução das consultas de vigilância do utente a consultar.
- iii. Conduzir a consulta de forma aberta, de modo a permitir a verbalização de dúvidas por parte do utente/familiar e a facilitar a identificação de comportamentos de risco.
- iv. Executar o exame físico do utente, atendendo mais especificamente às possíveis complicações a nível dos membros inferiores.

- v. Referenciar, se necessário, o utente à enfermeira de referência para possíveis consultas diferenciadas (pé diabético).

*Indicador de processo*

Percentagem de factores de risco identificados para desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares nas consultas realizadas.

$$IR = \frac{\text{factores de risco identificados}}{\text{n.º total de factores de risco existentes}} \times 100$$

*Indicador de resultado*

Percentagem de aplicação de educação para a saúde de forma adequada aos factores de risco existentes para desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares nas consultas realizadas.

$$IR = \frac{\text{n.º de consultas em que foi aplicada educação para a saúde de forma adequada}}{\text{n.º total de consultas realizadas}} \times 100$$

## 5. Nota Final

Em jeito de conclusão, acredito ter conseguido representar por palavras o meu projecto de intervenção mental. Acredito ter planeado actividades adequadas ao diagnóstico de situação desenvolvido e às prioridades definidas, cuja resposta é da minha responsabilidade, tal como ter construído indicadores de processo e de resultado que visam a avaliação de cada actividade, de modo a compreender se as estratégias foram conseguidas e se realmente se obtiveram ganhos em saúde, que representam o objectivo último da intervenção comunitária.

Tendo em conta a realidade com que me deparar, que está em permanente mutação, não excluo a possibilidade de reformular uma ou mais actividades, mas julgo que essa é também uma das essências do significado da palavra projecto.

Sei que me depararei com obstáculos e dificuldades na implementação deste projecto de intervenção, nomeadamente na obtenção de disponibilidade por parte dos cuidadores para realização das sessões de formação. Apesar disso, procurarei enfrentá-los e encará-los como um elemento positivo para o meu processo de desenvolvimento, forçando-me a usar de pensamento crítico e de dinamismo nas minhas intervenções.

Por tudo o que anteriormente enunciei acredito que este momento do meu processo formativo será extremamente rico em aprendizagens e uma grande oportunidade para aplicar e consolidar todos os conhecimentos adquiridos no âmbito da Enfermagem Comunitária.

## Referências Bibliográficas

- AZEVEDO, Carlos M.; AZEVEDO, Ana G. – Metodologia Científica: Contributos Práticos para a elaboração de Trabalhos Académicos. 8.ª Edição, Porto, 2006.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controle da Diabetes, Lisboa, 2008.
- EXLEY, H. – Sabedoria do Milénio. Lisboa: Editorial Estampa, 2000.
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro – Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde, Prioridades para 2004-2010- Mais Saúde para Todos, Lisboa, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004-2010- Mais Saúde para Todos, Lisboa, 2004.
- MOREIRA, I. – O Doente Terminal em Contexto Familiar – Uma análise da experiência do cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Formasau, 2001.
- USF LIDADOR – Plano de Acção da USF Lidador, Maia, 2010.
- TWYXCROSS, R – *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi editores, 2001.

# Anexos



**Cronograma de Actividades do Módulo II do EEC**

<b>Actividades</b>	<b>Mês</b>	<b>Outubro</b>	<b>Novembro</b>
Formação a familiares/cuidadores sobre a prestação de cuidados a pessoa dependente nos autocuidados			
Formação sobre o manuseamento e administração de terapêutica subcutânea	11,12,15		
Diabetes Mellitus: prevenção de complicações micro e macrovasculares			
Construção do Manual de Cuidados Paliativos			
Formação aos profissionais do ACES Maia sobre CP			6,20
Elaboração do Relatório.			

## **Anexo 2**

Questionário de avaliação das necessidades de formação dos cuidadores.

## Questionário de avaliação das necessidades de formação dos cuidadores

Caro cuidador, com este questionário pretendemos avaliar as suas necessidades de formação relativamente aos cuidados que presta a pessoa dependente. Nesse sentido são apresentadas questões e para resposta um conjunto de opções em que 1 é nada seguro e 5 extremamente seguro.

1. Nada seguro.
2. Pouco seguro.
3. Razoavelmente seguro.
4. Muito seguro.
5. Extremamente seguro.

Questão	1	2	3	4	5
Sente-se seguro quanto aos conhecimentos que tem para a prestação de cuidados de higiene a pessoa dependente?					
Sente-se seguro quanto aos conhecimentos que tem para o posicionamento (no leito/cadeira) da pessoa dependente?					
Sente-se seguro quanto aos conhecimentos que tem para a mobilização/transferência (leito/cadeira) da pessoa dependente?					
Sente-se seguro quanto aos conhecimentos que tem para a alimentação da pessoa dependente?					
Sente-se seguro quanto aos posicionamentos que assume quando presta cuidados à pessoa dependente?					

## **Anexo 3**

Índice de Katz.

Nome: _____		Data da avaliação: ____/____/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama
Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais * acidentes= perdas urinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

## **Anexo 4**

Planeamento das sessões de formação sobre terapêutica SC.

# ***Educação para a Saúde – Via Subcutânea – “Via Verde em CP”***

## **Planeamento**

0. Cuidados Paliativos representam um conjunto de intervenções que pretendem promover a qualidade de vida e o conforto do utente que apresenta doença crónica e progressiva. A qualidade de vida é inalcançável se não existir um controlo sintomático adequado. A via oral representa a via de eleição de administração de terapêutica, no entanto, quando o utente não se encontra capaz, por qualquer motivo, a via subcutânea representa a alternativa mais adequada, uma vez que a administração por esta via é tão eficaz como a endovenosa e provoca menos desconforto que esta. Uma vez que o domicílio representa o local preferencial para permanência do utente em cuidados paliativos e, os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários são aqueles que se encontram em contacto mais próximo com o mesmo, consideramos de vital importância que a via subcutânea seja conhecida e se torne uma prática comum neste contexto.

Em contexto do estágio clínico em Enfermagem Comunitária – módulo I, foi detectada de forma informal com a Enf.ª Orientadora – Enf.ª Jerusa Sanfins, a necessidade por parte dos profissionais de saúde da USF Lidador, de adquirirem/aprofundarem conhecimentos sobre a administração de medicação por via subcutânea. Esta necessidade foi também levantada pela Enf.ª Vogal do ACES Maia, no decurso de uma reunião de apresentação do grupo de estágio, dos objectivos do mesmo e dos projectos delineados para os dois módulos de estágio.

### **1. TEMA**

Administração de medicação por via Subcutânea

### **2. OBJECTIVOS**

**Objectivo geral:** Formar os enfermeiros do ACES da Maia sobre o uso da via subcutânea para administração de medicação em bólus, perfusão contínua ou administração por administração de soros – hipodermoclise.

### **Objectivos específicos**

- Informar os enfermeiros sobre as indicações para o uso de medicação por via subcutânea.
- Ensinar os enfermeiros sobre os locais possíveis para colocação de cateter subcutâneo.
- Apresentar as vantagens do uso da medicação subcutânea.
- Apresentar as desvantagens do uso da medicação subcutânea.
- Apresentar o material necessário para a administração de medicação por via subcutânea em bólus.
- Apresentar o material necessário para efectivar a administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Instruir sobre cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea em bólus
- Instruir sobre cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Instruir sobre a administração de fluidos por via subcutânea – hipodermoclise.
- Dotar os enfermeiros de conhecimentos sobre cuidados de enfermagem a ter com o doente que faz medicação por via subcutânea em bólus.
- Dotar os enfermeiros de conhecimentos sobre cuidados de enfermagem ao doente que faz medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Apresentar a lista de fármacos susceptíveis de administração por via subcutânea.

### **3. Análise da Situação e Caracterização do Grupo**

*Recursos humanos:* Filipa Gonçalves e Margarida Alvarenga – formadoras; e enfermeiros do ACES Maia – formandos.

*Recursos físicos:* Sala de reuniões equipada com mesas de apoio, cadeiras e fundo branco para projecção de slides.

*Recursos materiais:* computador portátil e vídeo-projector.

### **4. CONTEÚDOS**

Será efectuado o Enquadramento do uso da via subcutânea em cuidados paliativos; vantagens e desvantagens da via subcutânea; locais de punção; descrição de material



necessário para administração de medicação por via subcutânea em bólus; descrição de material necessário para administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua; vantagens da perfusão contínua; cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea; técnica de punção; hipodermoclise: vantagens e complicações; cuidados específicos com a administração de medicação por hipodermoclise; factores que influenciam a absorção do fármaco; cuidados de enfermagem para administração de medicação em bólus e em Perfusão Subcutânea Contínua; tipos de medicação administrada.

## **5. ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM**

Será utilizado o método expositivo e demonstrativo.

## **6. ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES**

A Acção de Educação terá a duração de uma hora e será dividida em duas partes. A primeira em que será contextualizado o uso e as indicações que justifiquem cientificamente o Uso da Via Subcutânea para administração de medicação por essa e, numa segunda parte, em que será apresentada a técnica e dos cuidados inerentes á sua utilização.

O material necessário para a administração de medicação por via subcutânea será apresentado aos formandos de forma a permitir um contacto mais directo.

Estas sessões de Educação para a Saúde decorrerão em três dias e locais distintos, nomeadamente:

11 de Outubro de 2010 – Sala de Reuniões CS Castelo da Maia

12 de Outubro de 2010 - Sala de Reuniões ACES Maia

15 de Outubro de 2010 – Sala de Reuniões CS Aguas Santas

## 7. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

**Tema:** *Via Subcutânea – Via Verde em Cuidados Paliativos*

**Entidade Formadora:** ACES Maia

**Local:** Maia

**Datas:** 11-09-2010; 12-09-2010; 15-09-2010

**População alvo:** enfermeiros do Centro de Saúde do Castelo da Maia, do Centro de Saúde da Maia e do Centro de Saúde de Águas Santas.

**Formadores:** Enf.ª Filipa Gonçalves e Enf.ª Margarida Alvarenga

**Objectivo geral:** Formar os enfermeiros do ACES da Maia sobre o uso da via subcutânea para administração de medicação em bólus, perfusão contínua ou administração por administração de soros – hipodermoclise.

### **Objectivos específicos**

Que o formando seja capaz de:

- Identificar, enumerando, as indicações para o uso de medicação por via subcutânea.
- Identificar, enumerando os locais possíveis para colocação de cateter subcutâneo.
- Apresentar verbalmente as vantagens do uso da medicação subcutânea.
- Apresentar verbalmente as desvantagens do uso da medicação subcutânea.
- Apresentar, verbalmente o material necessário para a administração de medicação por via subcutânea em bólus.
- Apresentar verbalmente o material necessário para efectivar a administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Descrever os cuidados de enfermagem a ter com o doente que faz medicação por via subcutânea em bólus.
- Descrever os cuidados de enfermagem ao doente que faz medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Descrever os cuidados de enfermagem ao doente a fazer Hipodermoclise

- Enumerar pelo menos quatro fármacos susceptíveis de administração por via subcutânea.
- Referir quais os fármacos que não podem ser administrados com outros fármacos.

**Pré-requisitos:** ser enfermeiro do ACES Maia.

**Tempo previsto:** 1 hora.

**Métodos e técnicas pedagógicas:** Método expositivo e demonstrativo.

**Materiais e equipamentos:** apresentação multimédia, data show, computador, material técnico.

**Material de apoio ao formando:** panfletos e póster sobre o material e os procedimentos de administração de terapêutica subcutânea.

**Avaliação:** avaliação do conteúdo e da forma da acção de formação.

Fases	Conteúdos/ Actividades	Métodos/ Técnicas pedagógicas	Meios Auxiliares	Avaliação
<b>Introdução:</b> 10 minutos	Apresentação do grupo, definição de objectivos.	Exposição.	Apresentação multimédia.	
<b>Desenvolvimento:</b> 30 minutos	Enquadramento do uso da via subcutânea em cuidados paliativos; vantagens e desvantagens da via subcutânea; locais de punção; descrição de material necessário para administração de medicação por via subcutânea em bólus; descrição de material necessário para administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua; vantagens da perfusão contínua; cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea; técnica de punção; hipodermoclise: vantagens e complicações; cuidados específicos com a administração de medicação por hipodermoclise; factores que influenciam a absorção do fármaco; cuidados de enfermagem para administração de medicação em bólus e em Perfusão Subcutânea Contínua; tipos de medicação administrada.	Exposição; Demonstração.	Apresentação multimédia; equipamento técnico.	Interesse dos formandos, questões colocadas.
<b>Conclusão:</b> 20 minutos	Esclarecimento de dúvidas; Avaliação do conteúdo e da forma da acção de formação.	Exposição	Apresentação multimédia.	Aplicação de teste de avaliação e avaliação da forma.

# **Anexo I**

Documentos para avaliação da forma e conteúdo da Acção de formação – Via  
Subcutânea – “Via Verde em Cuidados Paliativos”

## ***Acção de formação – Administração de fármacos por via Subcutânea***

### ***ACES Maia***

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

#### **1. Das frases que se seguem indique as verdadeiras (V) e as Falsas (F): (1 valor/resposta certa)**

- ☐ A Hipodermoclise permite-nos administrar qualquer tipo de fluido por via subcutânea.
- ☐ A zona sub-clavicular é um dos locais onde se pode colocar um cateter subcutâneo.
- ☐ A dor é uma das desvantagens da administração de medicação subcutânea.
- ☐ Em doentes agitados a zona Escapular deve ser um local de eleição para colocação de um cateter subcutâneo.
- ☐ Quando se usa a via subcutânea para administração de fármacos nunca se deve usar em simultâneo a via Oral.
- ☐ Apesar de ser uma técnica pouco agressiva, a via subcutânea para administração de fármacos tem muitos efeitos secundários.
- ☐ A zona de punção do cateter Subcutâneo deve ser de acordo com vontade do doente.
- ☐ Uma das vantagens da Perfusão subcutânea contínua é a limitação da mobilidade.
- ☐ A Hipodermoclise obriga sempre o uso de uma bomba infusora.
- ☐ As características do líquido a administrar não influenciam a absorção do fármaco.

#### **ASSINALE A OPÇÃO CORRECTA**

#### **2. Relativamente à via subcutânea (2,5 val.):**

- a. No local de inserção do cateter subcutâneo nunca se desenvolve eritema, prurido, inflamação ou dor;
- b. Implica pouco desconforto, menor agressividade e menor risco de infecção sistémica;
- c. Implica pouco desconforto, menor agressividade e é dispendioso;
- d. Não permite o controlo de sintomas.

**3. Quais os cuidados de Enfermagem no uso da via subcutânea para administração de fármacos em Bólus? (2,5 val)**

- a. Não é necessário cortar previamente os pêlos da zona elegida para punção subcutânea;
- b. Mudar de local de punção apenas e só se houver suspeita de diminuição de absorção.
- c. Se existir sangue na tubuladura da butterfly pode-se continuar a administrar terapêutica após confirmar que não está a atingir um vaso sanguíneo.
- d. Deve ser utilizada a mão não dominante para fazer a prega antes da punção subcutânea.

**4. Relativamente à Hipodermoclise (2,5 val):**

- a. Permite a administração de um volume diário de fluídos até 1500mL;
- b. Pode ser utilizada com facilidade no domicílio.
- c. Pode ser implementada de igual forma em qualquer local de punção subcutânea;
- d. Requer sempre o uso de uma bomba infusora.

**5. Complete a frase: (2,5 val)**

Em cuidados paliativos a via de eleição para administração de medicação é a \_\_\_\_\_. No caso de esta não ser viável a via subcutânea permite-nos controlar \_\_\_\_\_, que alteram a qualidade de vida do doente e seus familiares. Pode ser administrada em \_\_\_\_\_ ou em \_\_\_\_\_ e permite-nos também administrar fluidos e electrólitos por via Subcutânea, o que se denomina \_\_\_\_\_.

Obrigada pela sua colaboração.

## **Anexo II**

Apresentação multimédia utilizada na Acção de Formação – Via Subcutânea – “Via Verde em Cuidados Paliativos”

## **Anexo III**

Panfletos utilizados na Acção de Formação – Via Subcutânea – “Via Verde em Cuidados Paliativos”



## **Anexo IV**

Poster utilizado na Acção de Formação – Via Subcutânea – “Via Verde em Cuidados Paliativos”

## **Anexo 5**

Apresentação multimédia para as sessões de formação sobre terapêutica SC.

## VIAS E TÉCNICAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

Formação ACES Maia  
Outubro de 2010

### Objectivos

- Objectivo: Formar os enfermeiros do ACES da Maia sobre o uso da via subcutânea para administração de medicação em bóius, perfusão contínua ou administração por administração de soros – hipodermoclise.

### Objectivos

- Informar os enfermeiros sobre as indicações para o uso de medicação por via subcutânea.
- Ensinar os enfermeiros sobre os locais possíveis para colocação de cateter subcutâneo.
- Apresentar as vantagens do uso da medicação subcutânea.
- Apresentar as desvantagens do uso da medicação subcutânea.
- Apresentar o material necessário para efectivar a administração de medicação por via subcutânea em bóius.

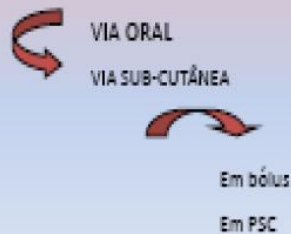
### Objectivos

- Apresentar o material necessário para efectivar a administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Instruir sobre cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea em bóius.
- Instruir sobre cuidados especiais na administração de medicação por via subcutânea em perfusão contínua.

### Objectivos

- Instruir sobre a administração de fluidos por via subcutânea – hipodermoclise.
- Dotar os enfermeiros de conhecimentos sobre cuidados de enfermagem a ter com o doente que faz medicação por via subcutânea em bóius.
- Dotar os enfermeiros de conhecimentos sobre cuidados de enfermagem a ter com o doente que faz medicação por via subcutânea em perfusão contínua.
- Apresentar a lista de fármacos que podem ser administrados por via subcutânea.

### Em Cuidados Paliativos



### Via sub-cutânea

- Pode ser usada em simultâneo com a via oral (dose oral / SC)
- Permite bom controlo de sintomas
- Técnica pouco agressiva e com menos efeitos secundários que a via EV
- Hipodermoclise
- Pode ser usada no domicílio

### Vantagens :

- Pouco desconforto
- Menos agressiva
- Menor risco de infeção sistémica

### Desvantagens/Complicações da Via Subcutânea:

Podem surgir reacções a nível local:

- eritema,
- prurido,
- inflamação/infeção
- dor

### Zonas de Punção

- Região subclavicular
- Face exterior do braço
- Região abdominal (peri-umbilical)
- Coxas
- Região escapular (doentes agitados)

\* Evitar puntes repetidos, locais com edema, inflamação, infiltração tumoral ou ulceração

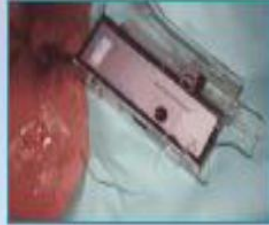
### Zonas de Punção

- Zona subclavicular evitando o tecido mamário;



## Zonas de Punção

- Zona abdominal, respeitando a circunferência à volta do umbigo



## Zonas de Punção

- Região externa das coxas e região externa dos braços em último recurso



## Via Sub-cutânea

Permite:

- Administrar medicação:
  - Em bolus
  - Em perfusão contínua
  - Hipodermódica

## Via subcutânea - Bolus



*Insulíny 100 ou 200*

*Abacast podlínny (20 U)*

*Zona de punção de acordo com:*

- *ventral do doente*
- *Anteçoço de cada braço ou e zona não lesada*

*Se usado para fins outros diferentes, injetar 10 após cada bolus*



## Via subcutânea – Perfusão sub-cutânea contínua



*Insulíny com prolongamento de ação*

*Utilizar medicação em SI até perfazer a quantidade necessária*

*Escolher zona de punção*

*Colocar Insulíny já preenchido com medicação*

*Conectar seringa no indolito*

*Regular débito*

*Verificar medicação*



## Vantagens da PSC

- Níveis constantes de medicação
- Melhor controlo de sintomas
- Não limita a mobilidade
- Número reduzido de injeções
- Recarregada 1 ou 2 vezes/ dia
- Permite adicionar diferentes fármacos

## Cuidados Especiais



## Cuidados Especiais

Síntomas de infeção ou de  
Presença de sangue no subcutâneo  
Síntoma de extravasamento  
Não injetar no mesmo local

DEXAMETASONA  
DICLOFENAC  
FENOLQUANTAL

## Técnica de Punção

Após escolha da zona de punção com o doente:

- Desinfectar a zona elegida ( se existem pêlos, estes devem ser cortados previamente)
- Fazer uma prega com a mão não dominante ( diminuir dor)
- Inserir a agulha com um único movimento, com o bisel para cima, um ângulo de 45º e no sentido da cabeça do doente
- Aspirar para garantir que não foi punccionado um vaso
- Soltar a pele do doente
- Colocar "Op site" ou "Tegaderm" para melhor controlo da zona de punção

## Cuidados de enfermagem

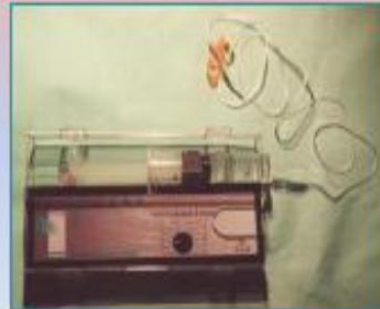
Em bólas

- Observar frequentemente local de punção
  - Mudar o local de punção se:
    - » Dor, hemorragia, tumefacção, infeção
- Mudar de local de punção quando houver suspeita de diminuição da absorção
- Massajar suavemente, com movimentos circulares durante a administração
- Evitar volumes superiores a 2 ml e administrar lentamente

## Cuidados de enfermagem

### Em PSC

- Ter em atenção possíveis precipitações de fármacos
- O prolongamento que conecta a seringa com o doente deve permitir a sua mobilidade
- Informar o doente e família sobre o funcionamento da máquina perfusora
- Colocar máquina em local seguro ( que não incomode o doente ) e vigiar possíveis desconexões de seringa com o butterfly ou com a máquina



## Hipodermoclise

- Administração de fluidos e electrólitos por via sub-cutânea
- Indicado é necessário administrar líquidos por via parentérica
- O ritmo de perfusão não deve ser superior a 80 ml/h
- Escolher locais de maior absorção como zona de punção
- Pode ser administrado de forma contínua ou intermitente ( nota)

## Hipodermoclise

### Vantagens:

- Pode ser iniciada ou suspensa por qualquer elemento da equipa sem risco de trombose ou hemorragia
- Fácil implementação no domicílio, após ensino da família/ cuidador primário
- Não necessita de bomba infusora
- Evita ou encurta internamentos



## Hipodermoclise

### Complicações:

- Edema local
- Equimose
- Infecção

## Hipodermoclise

### Recomenda-se :

- soluções electrolíticas (Macdonald & Jennings, 1988)
- pode ser adicionado KCl (Sance & Swartman, 2001)
- os ritmos de infusão podem variar de 20 a 120 ml/h
- o volume máximo administrado descrito é de 3000 ml /24 h em locais separados

## Factores que influenciam a absorção do fármaco

- o fluxo sanguíneo da zona,
- a irrigação do tecido subcutâneo,
- a massagem no local da administração do fármaco,
- o exercício e aplicação de calor no local de injeção,
- as características do líquido a administrar

## Tipos de medicação administrada

- Morfina,
- Metoclopramida,
- Haloperidol,
- Dexametasona,
- Fenobarbital,
- Midazolam,
- Butilscopolamina,
- ...

[www.painreliefrugs.com](http://www.painreliefrugs.com)

- A Dexametasona, Fenobarbital e Diclofenac não devem ser administrados com outro medicamento pois existe o risco de precipitar



Cuidar do doente com doença avançada e progressiva deve ser para nós um desafio constante e uma prioridade!



## Bibliografia

- GARCIA, Cristina - Utilização da via subcutânea no doente idoso e senil. «Postgraduate Medicine», The McGraw Hill Companies, 23:2 (2005).
- LOBO, Filipa - Papel da via subcutânea nos Cuidados Paliativos domiciliários. «Revista Portuguesa de clínica geral», Vol. 23 (2007).
- MARQUES, Cátia, [et al.] - Terapêutica subcutânea em Cuidados Paliativos. In. «Revista Portuguesa de clínica geral», Vol. 21 (2005).
- NETO, Isabel Gabriela - Utilização da via subcutânea no prática clínica. In. «Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva», 15:4 (2008).
- PACCA, Francisco [et al.] - Vias de administração de medicamentos e técnicas de injeção no paciente do cirurgião-dentista, 2001.
- SORENSEN, LUCMANN, BOLANDER. Enfermagem fundamental – Abordagem fisiopatológica. Lisboa: Lusodidacta, 1996.
- TWYCKOS, Robert. Cuidados Paliativos. Lisboa: Círculo Editores, 2000.

## **Anexo 6**

Panfletos sobre a administração de terapêutica por via SC e a técnica utilizada.

A administração de fármacos detém um papel central nas estratégias para viabilizar o conforto e o controlo sintomático!

As intervenções farmacológicas e não farmacológicas visam assegurar um controlo sintomático constante e reduzir ao máximo a ocorrência de crises

Realizado por:

Catarina Simões\*  
Filipa Gonçalves\*  
Jaointa Renie\*  
Margarida Alvarenga\*

Agrupamento do Centro de Saúde  
Grande Porto IV—Maia  
Universidade Católica do Porto –  
ICS

## Administração de medicação por via SC

\* Alunas do Mestrado com Especialização  
em Enfermagem Comunitária

Outubro de 2010

Os Cuidados Paliativos são encarados como uma intervenção técnica e rigorosa no sofrimento dos doentes que apresentam doença grave e/ou avançada e progressiva.

É necessário maximizar o conforto e a qualidade de vida do doente e sua família, promovendo um controlo sintomático rigoroso e tão eficaz quanto possível.

A via SC de administração de fármacos deve ser:

fácil de utilizar;  
de eficácia demonstrada;  
pouco agressiva;  
com o mínimo de efeitos secundários;  
confortável para o doente.

**Indicações para utilização de via SC**

Comprometimento da cavidade oral;  
Má-absorção intestinal e intolerância gástrica;  
Confusão, agitação, delírio ou convulsões;  
Coma e fase de agonia;  
Hidratação em fase final de vida;  
Necessidade de ingestão de elevadas doses de medicação.

**Contraindicações**

Membro sujeito a dissecação ganglionar;  
Zonas sujeitas a radioterapia;  
Proeminências ósseas;  
Locais com grandes vasos ou nervos;  
Zonas com sinais inflamatórios ou fragilidade cutânea;  
Escoriações, prurido, edema ou tecido de cicatrização.



**Fatores que influenciam a absorção:**

Tipo de fármaco;  
Vascularização e espessura do tecido SC;  
Profundidade da injeção;  
Local de injeção;  
O exercício da musculatura no local de administração;  
Presença de lipodistrofias (hiper e lipodistrofias);  
Massagem da zona de administração.

### Tempo de absorção



**Vantagens**

Menor risco de complicações;  
Apresenta um efeito retard;  
Menos dorosa e agressiva;  
Eficaz, segura e com melhor relação custo-benefício;  
Índice de absorção semelhante ao de via IM mas com menos desconforto local associado e menor risco de lesão nervosa;  
Pode ser utilizada durante períodos de tempo mais longos;  
Maior conforto e mobilidade do doente (internamente via domicílio);  
Risco diminuído de sobrecarga de volume;  
Ausência do risco de formação de trombos e/ou tromboembolias.

**Desvantagens**

Formação de edema;  
Absorção do medicamento mais lenta;  
Lipodistrofias;  
O tecido SC é sensível a soluções irritantes e a grandes volumes de medicamentos.

## Bibliografia

- GALVÃO, Cristina - Utilização de via subcutânea no doente idoso e terminal. «Postgraduate Medicine». The McGraw-Hill Companies. 23:2 (2005).
- LOBO, Filipa - Papel de via subcutânea nos Cuidados Paliativos domiciliários. «Revista Portuguesa de clínica geral». Vol. 23 (2007).
- MARQUES, Célia, [et al.] - Terapias subcutâneas em Cuidados Paliativos. In: «Revista Portuguesa de clínica geral». Vol. 21 (2005).
- NETO, Isabel Galvão - Utilização de via subcutânea na prática clínica. In: «Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna». 15:4 (2005).
- PACCA, Francisco [et al.] - Vias de administração de medicamentos e técnicas de injeções ao alcance do enfermeiro-dentista, 2001.
- SORENSEN, LUCKMANN, BOLANDER, Enfermagem fundamental – Abordagem psicofarmacológica. Lisboa: Lusotexta, 1998.
- TRYBOROS, Robert, Cuidados Paliativos. Lisboa: Círculo Editorial, 2003.

## Realizado por:

Catarina Simões\*  
 Filipa Gonçalves\*  
 Joanta Rente\*  
 Margarida Alvarenga\*

Agrupamento do Centro de Saúde  
 Grande Porto IV—Maia  
 Universidade Católica do Porto –  
 IC8

## Administração de medicação por via SC

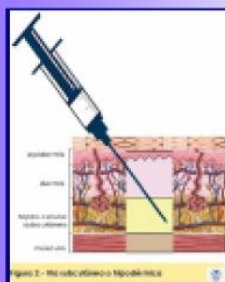
Procedimentos e material

\* Alunas do Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária

Outubro de 2010

## Técnicas para Administração de Medicação por Via Subcutânea

- I. Infusão intermitente
- II. Infusão contínua
- III. Hipodermoclise



O local de inserção do cateter deve ser alterado sempre que se verifique reacções no local de inserção do cateter, permitindo assim:

- Melhor absorção do medicamento
- Prevenir a hipodermofia
- Prevenir a formação excessiva de tecido cicatricial

## Perfusão Subcutânea em Bóius

### Material:

Cutasept®  
 Butterfly® ou Abocath® (23G ou 24G, respectivamente)  
 Apósito transparente (OpSite ou Tegaderm)  
 Fármaco a administrar  
 Seringa com 1-2cc de SF

## Perfusão Subcutânea Contínua

### Material:

Cutasept®  
 Butterfly® ou Abocath® (23G ou 24G, respectivamente)  
 Apósito transparente  
 Prótector de seringa  
 Seringa/Bomba perfusora  
 Terapiútica a administrar

Como as ISC contínuas normalmente contêm diferentes fármacos, aconselha-se alterar o local de administração frequentemente, sempre que se verifiquem reacções locais.

- Aumentar a absorção do fármaco
- Prevenir complicações

## Hipodermoclise

O espaço subcutâneo permite a administração de volumes que podem atingir 1000-1500cc em 24h, sendo a região torácica e a abdominal aquelas de maior capacidade de absorção de líquidos.

- Permite a administração de fluidos e electrolitos via SC (pode ser adicionado KCl)
- Pode ser realizada de forma contínua ou intermitente (note)

## Procedimento

1. Posicionar o utente de acordo com o local escolhido.
2. Realizar a antissepsia do local;
3. Fazer prega cutânea;
4. Cateterizar no sentido ascendente (membros) ou no sentido da linha mediana (região abdominal ou supra-mamária), com ângulo de 45°.
5. Soltar a pele;
6. Proteger o local com um apósito transparente;
7. Ajudar o utente a retomar uma posição confortável;
8. Vigiar possíveis reacções locais no local de inserção.
9. Uma vez fixa a agulha e a tubuladura e no caso da administração ser feita em bólus, procede-se à administração do fármaco através de uma seringa que se adapta ao sistema.
10. Após a administração do fármaco, injectam-se cerca de 1-2cc de soro fisiológico, de forma a evitar que fique medicação na tubuladura.
11. No caso da Hipodermoclise contínua, deve-se alternar os locais de administração para evitar diminuição da absorção.

## **Anexo 7**

Cartaz sobre a administração de terapêutica SC.

# Administração de medicação por via SC

Catarina Simões, Filipa Gonçalves, Jacinta Rente, Margarida Afonso  
Unidade de Medição da Qualidade em Enfermagem Comunitária 202-2021, Universidade Católica Portuguesa, Porto



**Cuidados Paliativos:** Intervenção técnica e rigorosa no sofrimento dos doentes que apresentam doença grave e/ou avançada e progressiva, com vista à maximização do conforto e a qualidade de vida. Para um controlo sintomático rigoroso eficaz a vía ideal de administração de fármacos deve ser pouco agressiva e confortável para o doente.

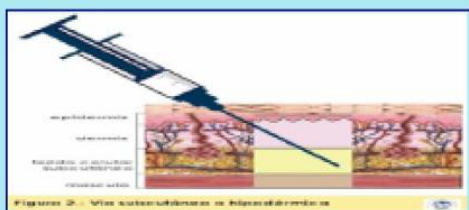
## Indicações para utilização:

Comprometimento da cavidade oral;  
Má-absorção intestinal e intolerância gástrica;  
Confusão, agitação, delírio ou convulsões;  
Coma e fase de agonia;  
Hidratação em fase final de vida;  
Necessidade de ingestão de elevadas doses de medicação.

## Contraindicações para utilização:

Membro sujeito a dissecação ganglionar;  
Zonas irradiadas;  
Proeminências ósseas e locais com grandes vasos ou nervos;  
Zonas com sinais inflamatórios ou fragilidade cutânea;  
Escoriações, prurido, edema ou tecido de cicatrização.

## Técnicas para Administração de Medicação por Via Subcutânea



### Administração intermitente – Bólus

Permite administrar medicação várias vezes ao dia a horas certas e/ou em SOS

### Perfusões Subcutâneas Contínuas

Permite administrar de forma contínua vários fármacos em simultâneo.

### Hipodermociles

Permite em média a administração de 1000-16000ml de fluidos e eletrólitos por dia, sendo a região antero-lateral da coxa e a abdominal as de maior capacidade de absorção de fluidos. Pode ser realizada de forma contínua ou intermitente (noite).  
Permite ainda adicionar KCl.

*O local de inserção do cateter deve ser alterado sempre que se verifiquem reacções no local de inserção do cateter*

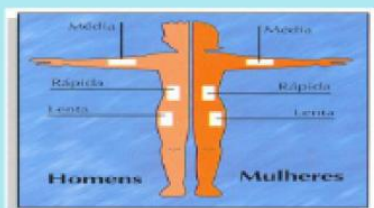
### Vantagens

Menor risco de complicações;  
Apresenta um efeito retardado;  
Menos dolorosa e agressiva;  
Eficaz, segura e com melhor relação custo-benefício;  
Índice de absorção semelhante ao da via IM mas com menos desconforto local associado e menor risco de lesão nervosa;  
Pode ser utilizada durante períodos de tempo mais longos;  
Maior conforto e mobilidade do doente (internamento vs domicílio);  
Risco diminuído de sobrecarga de volume;  
Ausência do risco de formação de trombos e/ou tromboflebitis.

### Desvantagens

Formação de edema;  
Absorção do medicamento mais lenta;  
Lipodistrofias;  
O tecido SC é sensível a soluções irritantes e a grandes volumes de medicamentos.

### Tempo de absorção



### Bibliografia

GALVÃO, Cristina - Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal. «Postgraduate Medicine». The McGraw Hill Companies, 23:2 (2005).  
LOBO, Filipa - Papel da via subcutânea nos Cuidados Paliativos domiciliários. «Revista Portuguesa de clínica geral». Vol. 25 (2007).  
MARQUES, Célia, [et al.] - Terapêutica subcutânea em Cuidados Paliativos. In: «Revista Portuguesa de clínica geral». Vol. 21 (2006).  
NETO, Isabel Gaique - Utilização da via subcutânea na prática clínica. In: «Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna». 18:4 (2006).  
PACCA, Francisco [et al.] - Vias de administração de medicamentos e técnicas de injeções ao alcance do cirurgião-dentista, 2001.  
SORENSEN, LUCKMANN, BOLANDER. «Enfermagem fundamental – Abordagem psicofisiológica». Lisboa: Lusodidacta, 1998.  
TWYROSS, Robert. Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepe Editores, 2003.

## **Anexo 8**

Documento de avaliação de conteúdo aplicado nas sessões de formação sobre terapêutica SC.

## ***Acção de formação – Administração de fármacos por via Subcutânea***

### ***ACES Maia***

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

#### **1. Das frases que se seguem indique as verdadeiras (V)) e as Falsas (F): (1 valor/resposta certa)**

- ☐ A Hipodermoclise permite-nos administrar qualquer tipo de fluido por via subcutânea.
- ☐ A zona sub-clavicular é um dos locais onde se pode colocar um cateter subcutâneo.
- ☐ A dor é uma das desvantagens da administração de medicação subcutânea.
- ☐ Em doentes agitados a zona Escapular deve ser um local de eleição para colocação de um cateter subcutâneo.
- ☐ Quando se usa a via subcutânea para administração de fármacos nunca se deve usar em simultâneo a via Oral.
- ☐ Apesar de ser uma técnica pouco agressiva, a via subcutânea para administração de fármacos tem muitos efeitos secundários.
- ☐ A zona de punção do cateter Subcutâneo deve ser de acordo com vontade do doente.
- ☐ Uma das vantagens da Perfusão subcutânea contínua é a limitação da mobilidade.
- ☐ A Hipodermoclise obriga sempre o uso de uma bomba infusora.
- ☐ As características do liquido a administrar não influenciam a absorção do fármaco.

#### **ASSINALE A OPÇÃO CORRECTA**

#### **2. Relativamente à via subcutânea (2,5 val.):**

- a. No local de inserção do cateter subcutâneo nunca se desenvolve eritema, prurido, inflamação ou dor;
- b. Implica pouco desconforto, menor agressividade e menor risco de infecção sistémica;
- c. Implica pouco desconforto, menor agressividade e é dispendioso;
- d. Não permite o controlo de sintomas.



**3. Quais os cuidados de Enfermagem no uso da via subcutânea para administração de fármacos em Bólus? (2,5 val)**

- a. Não é necessário cortar previamente os pêlos da zona elegida para punção subcutânea;
- b. Mudar de local de punção apenas e só se houver suspeita de diminuição de absorção.
- c. Se existir sangue na tubuladura da butterfly pode-se continuar a administrar terapêutica após confirmar que não está a atingir um vaso sanguíneo.
- d. Deve ser utilizada a mão não dominante para fazer a prega antes da punção subcutânea.

**4. Relativamente à Hipodermoclise (2,5 val):**

- a. Permite a administração de um volume diário de fluídos até 1500mL;
- b. Pode ser utilizada com facilidade no domicílio.
- c. Pode ser implementada de igual forma em qualquer local de punção subcutânea;
- d. Requer sempre o uso de uma bomba infusora.

**5. Complete a frase: (2,5 val)**

Em cuidados paliativos a via de eleição para administração de medicação é a \_\_\_\_\_. No caso de esta não ser viável a via subcutânea permite-nos controlar \_\_\_\_\_, que alteram a qualidade de vida do doente e seus familiares. Pode ser administrada em \_\_\_\_\_ ou em \_\_\_\_\_ e permite-nos também administrar fluidos e electrólitos por via Subcutânea, o que se denomina \_\_\_\_\_.

Obrigada pela sua colaboração.

## **Anexo 9**

Documento de avaliação da forma aplicado nas sessões de formação sobre terapêutica SC.

### Características da Acção de Formação

Designação:
Data:

### Escala de Resposta /Avaliação

(Seleccione, por favor, com uma cruz ou círculo, a sua resposta em cada questão)

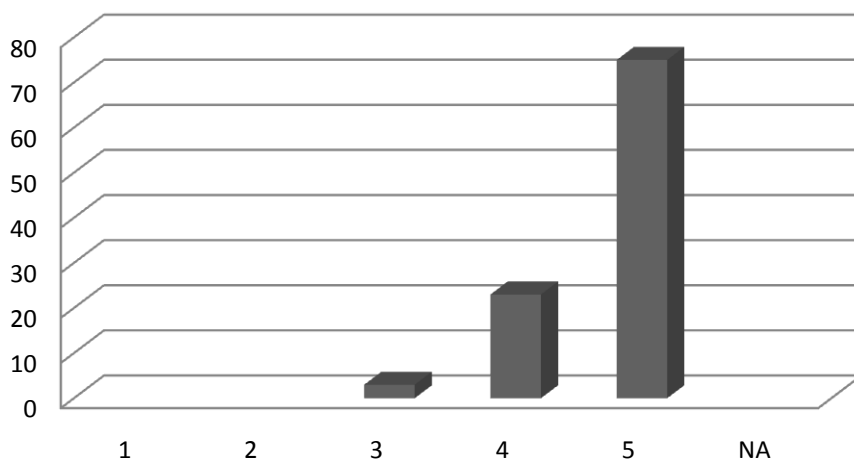
1	2	3	4	5	NA
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não Aplicável

<b>II Objectivos</b>						
1.1. Os objectivos da acção estavam claramente definidos	1	2	3	4	5	NA
1.2. Os objectivos propostos foram cumpridos	1	2	3	4	5	NA
<b>III Conteúdos Programáticos</b>						
2.1. O conteúdo da acção correspondeu às minhas expectativas	1	2	3	4	5	NA
2.2. Os conhecimentos adquiridos são úteis ao meu desempenho profissional	1	2	3	4	5	NA
2.3. Os conteúdos da acção estavam organizados de forma coerente	1	2	3	4	5	NA
2.4. A alternância entre a teoria e a prática foi adequada	1	2	3	4	5	NA
<b>IV Organização e Meios Utilizados</b>						
3.1. A documentação da acção foi adequada	1	2	3	4	5	NA
3.2. A documentação distribuída foi um suporte eficaz	1	2	3	4	5	NA
3.3. A diversidade dos meios utilizados foi apropriada	1	2	3	4	5	NA
3.4. As condições da sala foram adequadas	1	2	3	4	5	NA
<b>V Formador (a)</b>						
Nome do Formador(a) A: _____						
4.1. O formador(a) A dominava o tema abordado	1	2	3	4	5	NA
4.2. O formador(a) foi claro na exposição dos vários assuntos	1	2	3	4	5	NA
4.3. A abordagem do formador(a) foi adaptada ao grupo	1	2	3	4	5	NA
4.4. O formador(a) desenvolveu um bom relacionamento com o grupo.	1	2	3	4	5	NA
4.5. O formador(a) incentivou a participação activa dos participantes	1	2	3	4	5	NA
Nome do Formador(a) B: _____						
4.1. O formador(a) B dominava o tema abordado	1	2	3	4	5	NA
4.2. O formador(a) B foi claro na exposição dos vários assuntos	1	2	3	4	5	NA
4.3. A abordagem do formador(a) B foi adaptada ao grupo	1	2	3	4	5	NA
4.4. O formador(a) B desenvolveu um bom relacionamento com o grupo.	1	2	3	4	5	NA
4.5. O formador(a) B incentivou a participação activa dos participantes	1	2	3	4	5	NA
<b>Avaliação Global da Acção</b>						
Globalmente, esta acção de formação constitui uma mais valia para o meu	1	2	3	4	5	NA

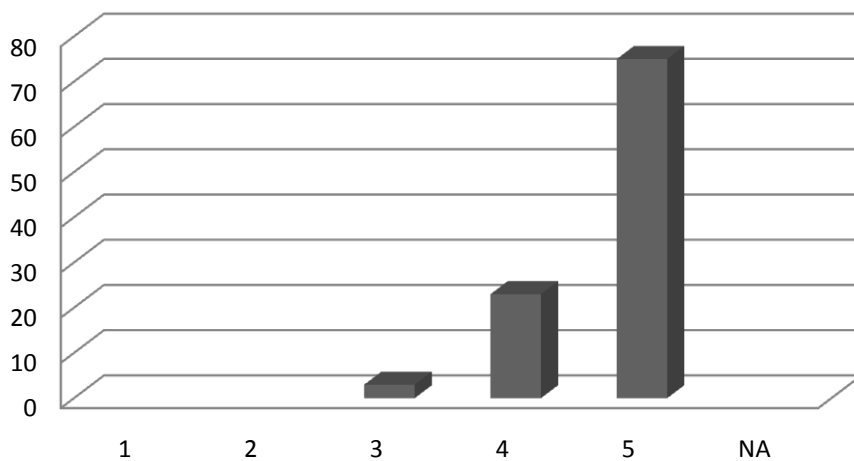
## **Anexo 10**

Descrição dos resultados da avaliação da forma nas sessões de formação sobre terapêutica SC.

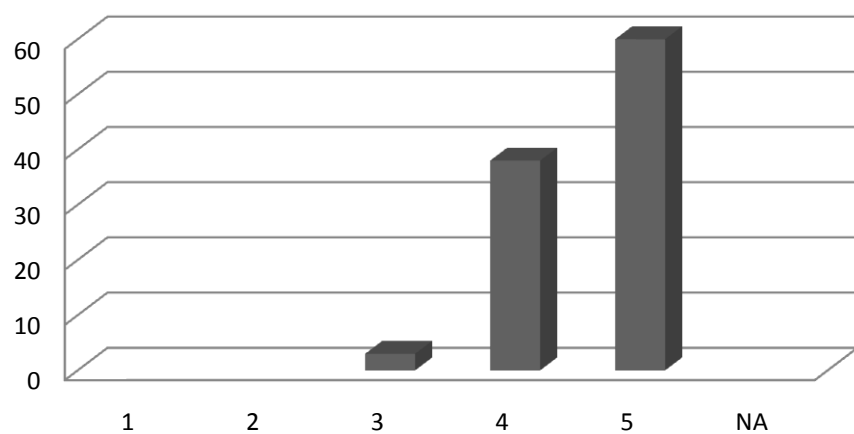
### 1.1 Os objectivos da acção estavam claramente definidos



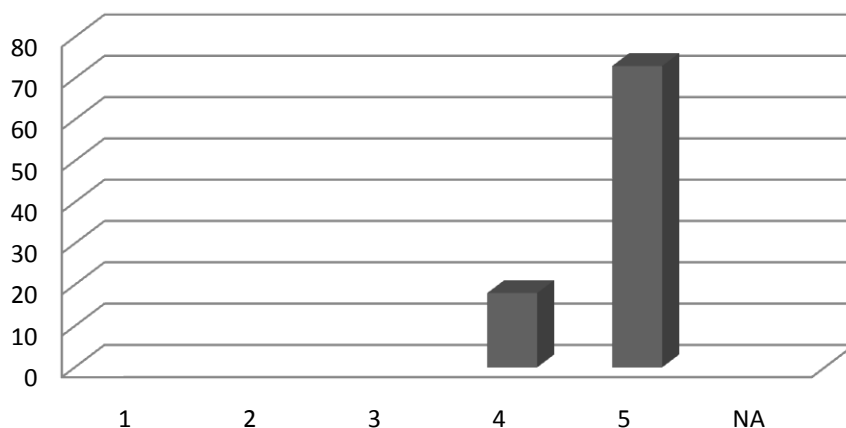
### 1.2 Os objectivos propostos foram cumpridos



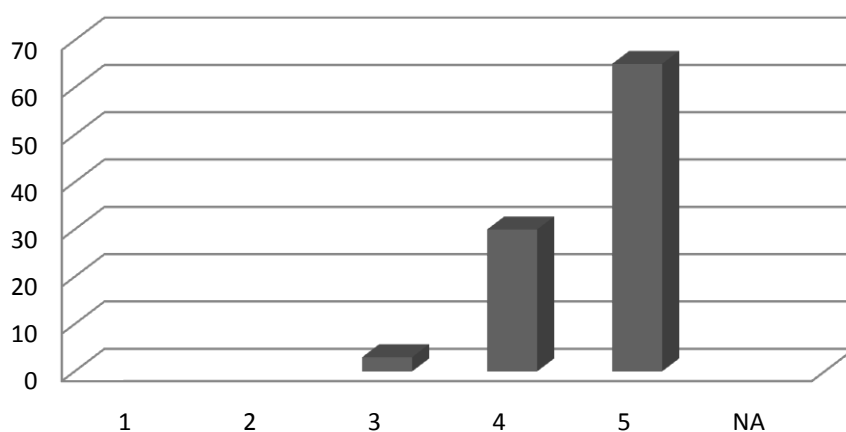
### 2.1 O conteúdo da acção correspondeu às minhas expectativas



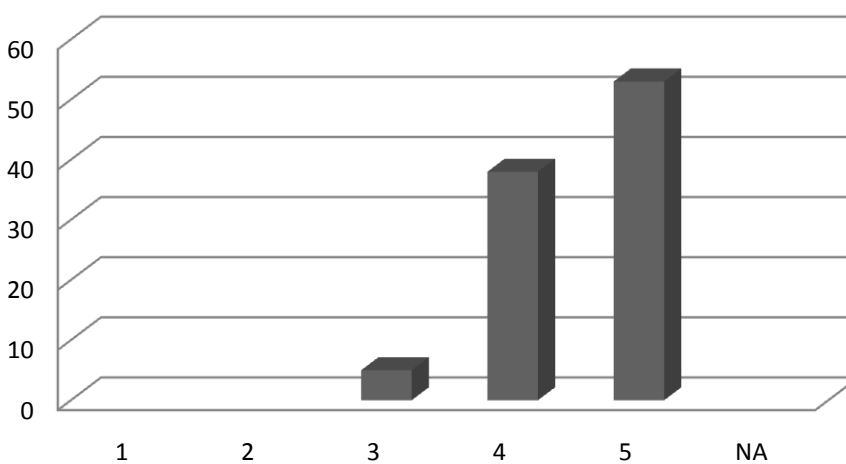
**2.2 os conhecimentos adquiridos são úteis ao meu desempenho profissional**



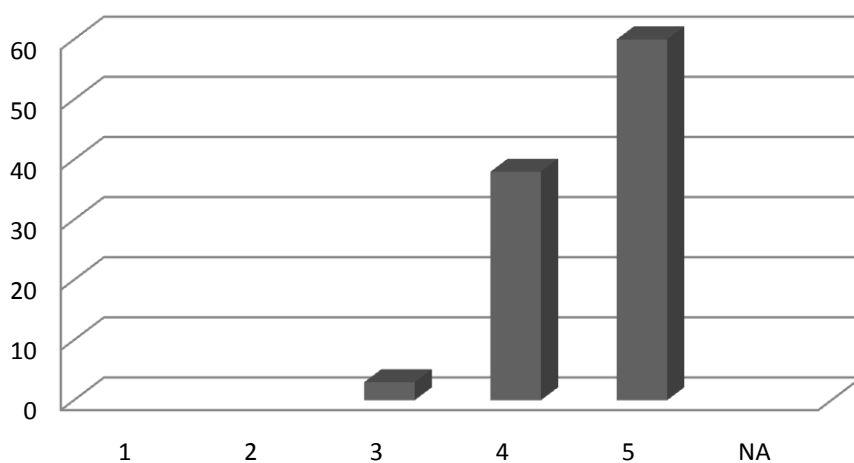
**2.3 Os conteúdos da acção estavam organizados de forma coerente**



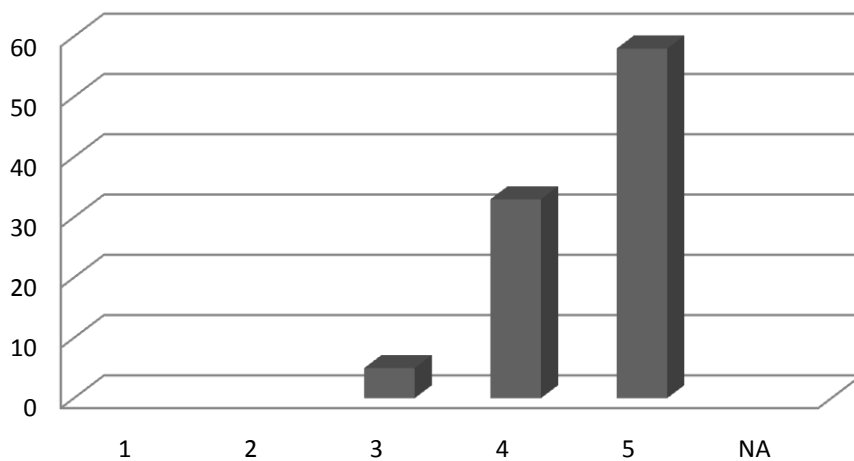
**2.4 A alternância entre teoria e a prática foi adequada**



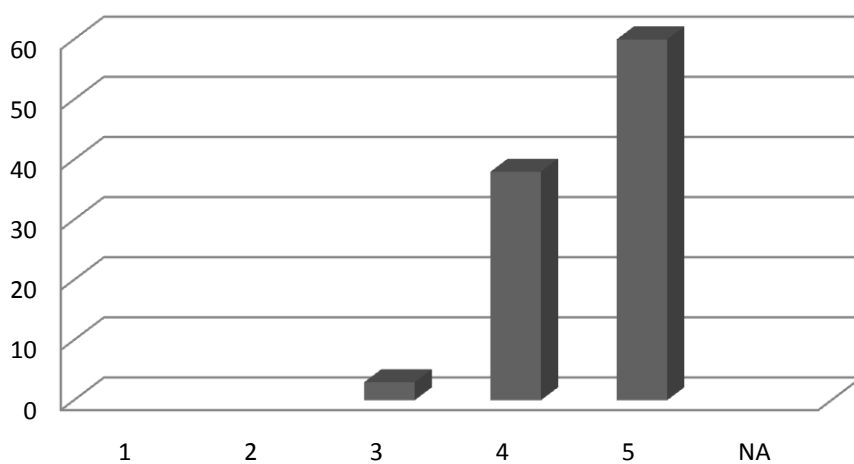
### 3.1 A documentação da acção foi adequada



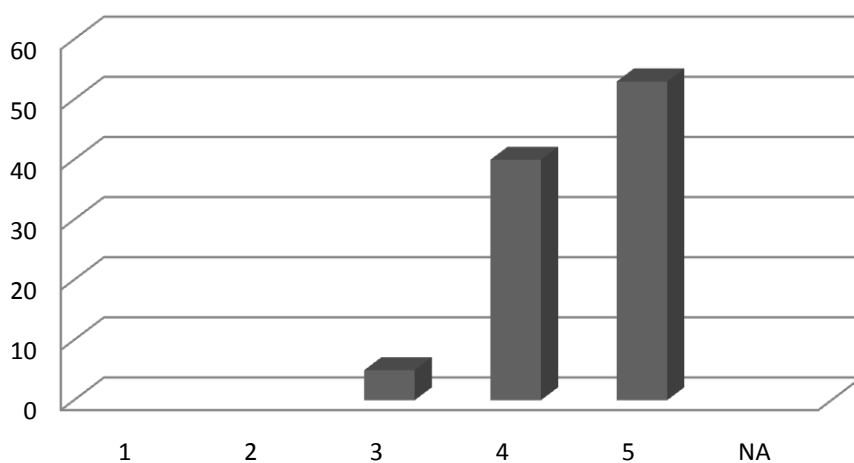
### 3.2 A documentação distribuída foi um suporte eficaz



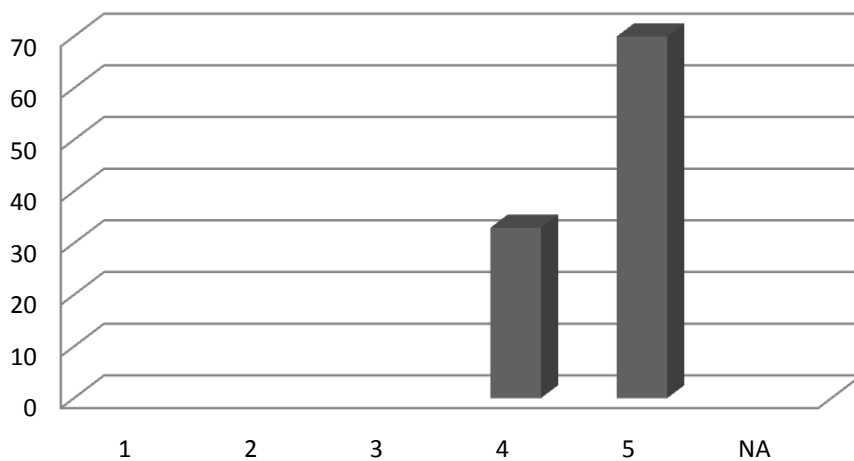
### 3.3 A diversidade dos meios utilizados foi apropriada



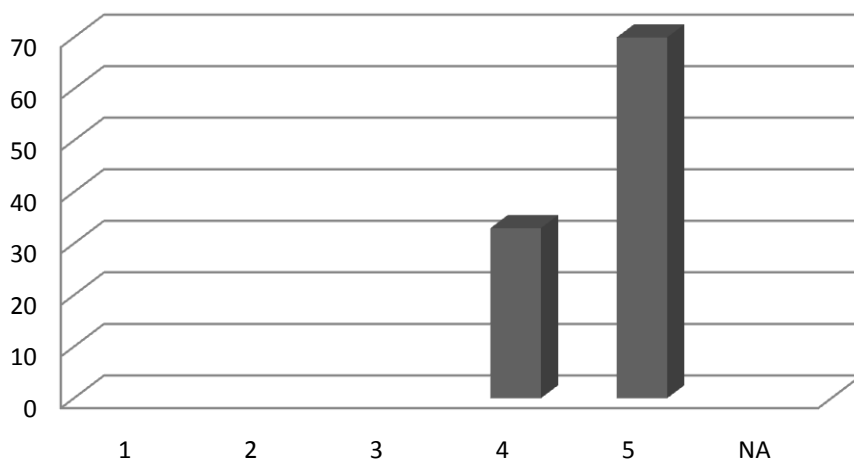
### 3.4 As condições da sala foram adequadas



### 4.1 O formador dominava o tema

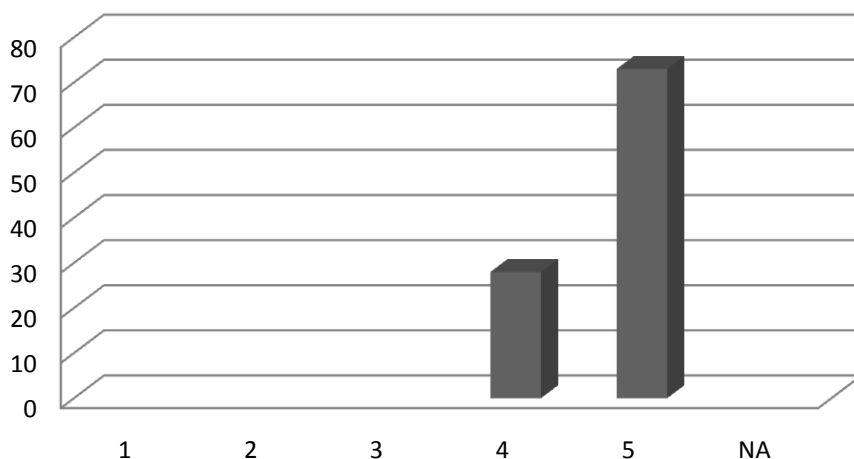


### 4.2 O formador foi claro na exposição dos vários assuntos

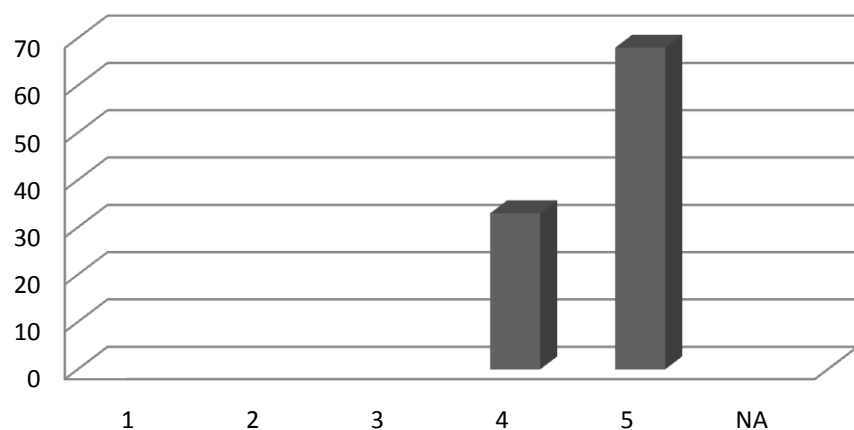




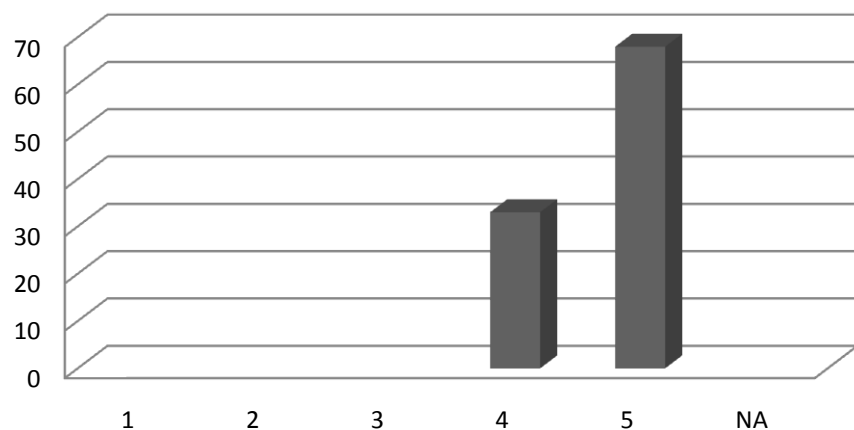
#### 4.3 A abordagem do formador foi adaptada ao grupo



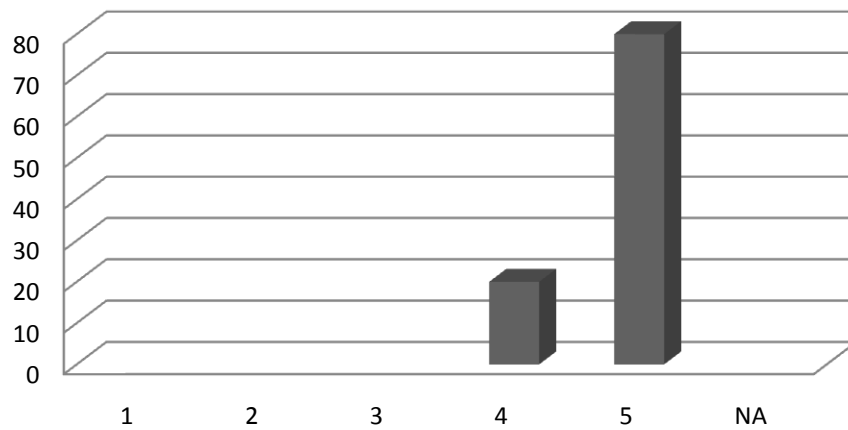
#### 4.4 O formador desenvolveu um bom relacionamento com o grupo



#### 4.5 O formador incentivou a participação activa dos participantes

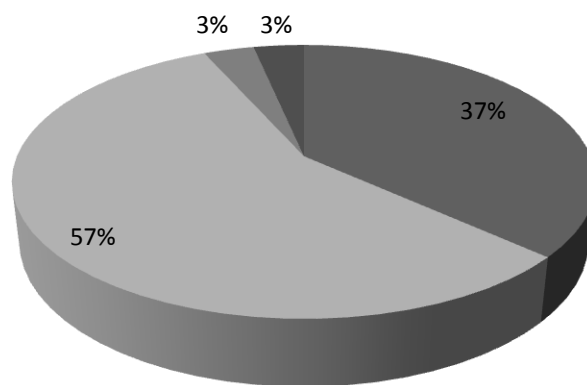


**Globalmente, esta acção de formação constitui uma mais valia para o meu desempenho profissional**



**A quem recomendaria esta formação?**

■ Enfermeiros ■ Médicos ■ Todos os profissionais ■ Família/cuidador



## **Anexo 11**

Projecto de intervenção do módulo 3.

*Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária*

# **Bullying**

Estágio em Enfermagem Comunitária: Módulo III

Projecto de Intervenção Comunitária

**Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora**

**Unidade Local de Saúde de Matosinhos**

*Filipa Gonçalves, n.º 361609016*

Porto, 10 de Dezembro de 2010

Ano Lectivo 2010/2011

*Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária*

# **Bullying**

Estágio em Enfermagem Comunitária: Módulo III

Projecto de Intervenção Comunitária

**Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora**

**Unidade Local de Saúde de Matosinhos**

*Filipa Gonçalves, n.º 361609016*

**Coordenação Pedagógica:** *Sra. Enf.ª Norminda Magalhães*

**Enfermeira Tutora:** *Sra. Enf.ª Maria Graça Teixeira Fonseca*

Porto, 10 de Dezembro de 2010

Ano Lectivo 2010/2011

*“Anseio por cumprir uma grande e nobre tarefa,  
mas o meu principal dever é cumprir pequenas tarefas  
como se fossem grandes e nobres.”*

(Keller, *in* Exley, 2000)

### **Abreviaturas e Siglas**

EB 2.3 – Ensino Básico segundo e terceiro ciclos.

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System/ Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos.

EEC – Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira .

IP – Indicador de processo.

IR – Indicador de resultado.

Sra. – Senhora.

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

## Sumário

0. Nota Introdutória .....	5
1. Diagnóstico de Saúde/ Prioridades .....	6
2. Fundamentação para a Selecção das Actividades/Objectivos .....	7
3. Actividades a Desenvolver .....	10
4. Nota Final.....	14
5. Referências Bibliográficas.....	15
Anexos .....	16



## **0. Nota Introdutória**

Este projecto integra-se no terceiro módulo de Estágio de Enfermagem Comunitária do Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, coordenado pela Sra. Enfermeira Norminda Magalhães. O Estágio de Enfermagem Comunitária divide-se em três módulos com 30 ECTS, com um total de 750 horas, sendo 540 de contacto directo.

Este terceiro módulo realiza-se na UCC da Senhora da Hora, que se integra na unidade Local de Saúde de Matosinhos. A enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária responsável pela tutoria na mesma unidade é a Sra. Enfermeira Maria Graça Teixeira Fonseca.

O propósito deste módulo de estágio prende-se com actividades opcionais. Uma vez que me encontro na etapa final da minha especialização em Enfermagem Comunitária pareceu-me positivo realizá-lo numa UCC pois considero esta uma unidade de excelência para desenvolver as competências de um enfermeiro especialista na Comunidade.

Neste módulo de estágio é minha determinação trabalhar numa área distinta de todas as que já conheci, tanto pela via académica, como pela via profissional. Por esse motivo optei por trabalhar o bullying na escola, em particular no terceiro ciclo do ensino básico, sétimo ano de escolaridade, que é um dos vários projectos em desenvolvimento na UCC da Senhora da Hora.

Com este documento pretendo identificar as necessidades identificadas, a necessidade, por cuja resposta optei para desenvolver o estágio, descrever as actividades a realizar, com a explanação dos seus objectivos e indicadores de actividade e de resultado. Inicio este projecto com a fundamentação para a selecção das necessidades priorizadas e actividades/objectivos; apresento seguidamente os meus objectivos específicos, operacionais, competências a alcançar; depois descrevo as actividades a concretizar, tendo em conta o diagnóstico de situação efectuado e termino com a nota final.

Este documento servirá também como suporte para a elaboração do Relatório de Estágio a entregar no final dos três módulos de estágio.

## **1. Diagnóstico de Saúde/ Prioridades**

Neste terceiro módulo não colaborei directamente na construção de um diagnóstico de saúde, uma vez que o tempo de estágio é limitado a 180 horas, pelo que não se torna possível executar a totalidade do processo de recolha e análise de dados. Por essa razão, num primeiro contacto com a Enf.<sup>a</sup> Graça Fonseca, enfermeira orientadora e responsável pelo Programa de Saúde Escolar da UCC de Senhora da Hora, percebi que, nesse âmbito, existia necessidade previamente determinada de desenvolvimento de várias temáticas em contexto escolar, nomeadamente, sexualidade, pediculose, prevenção de acidentes e bullying.

Tendo em conta os meus interesses optei pela temática bullying. Insere-se num projecto em desenvolvimento na UCC de Senhora da Hora.

O projecto referido inclui a aplicação de um questionário já validado (anexo 2), cuja utilização foi autorizada pela autora, para levantar as necessidades relacionadas com esta temática nos alunos das cinco turmas do sétimo ano da Escola EB 2.3 de Custóias. Após a análise dos dados segue-se a intervenção através de sessões formativas em colaboração com a Polícia de Segurança Pública.

## 2. Fundamentação para a Selecção das Actividades/Objectivos

O bullying representa, a meu ver, um fenómeno comunitário a que os profissionais de saúde não devem estar alheios.

Olweus (1993, p. 9) define comportamento de bullying: *“A student is being bullied or victimised when he or she is exposed repeatedly and over time, to negative actions on the part of one or more other students... It is a negative action when someone intentionally inflicts, or attempts to inflict, injury or discomfort upon another... negative actions can be carried out by words (verbally), for instance, by threatening, taunting, teasing, and calling names. It is a negative action when somebody hits, pushes, kicks, pinches or restrains another by physical contact”*. Desta definição pode-se retirar que um aluno é vítima de provocação quando existe uma exposição repetida a acções negativas por uma ou mais pessoas. Segundo Carvalhosa et. al (2001) acções negativas dão-se quando se causa ou tenta causar, de forma intencional, danos ou mal-estar a outra pessoa de forma física, verbal, psicológica ou sexual.

Assim, se for tida em conta a teoria dos sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979), o bullying pode ser considerado um fenómeno que interfere directamente com o desenvolvimento ecológico das crianças e jovens. Isto reconhece-se porque, segundo a teoria supracitada, o desenvolvimento do ser humano realiza-se numa sobreposição de sistemas e ambientes com os quais se relaciona socialmente. Assim, a criança/jovem integra-se num conjunto de microssistemas (família, grupo de pares, escola e comunidade) em que existe um contacto directo por um período significativo; o mesossistema integra as ligações e influências existentes entre dois microssistemas, como a família e a escola; o exossistema, que rodeia os restantes já referidos, envolve as redes sociais de apoio que apenas contactam de forma indirecta com a criança/jovem, como por exemplo o emprego dos pais; o macrossistema, que constitui o círculo mais afastado, inclui a cultura, as crenças, normas sociais; por fim, o cronossistema refere-se a todas as mudanças temporais que afectam o desenvolvimento humano.

Deste modo, como fenómeno comunitário, cujas raízes muitas vezes se reportam à situação socioeconómica e familiar, é urgente que o bullying seja

prevenido, evitado e controlado, pois as suas repercussões podem ser violentas e profundas na vida da criança/jovem vítima ou agressor.

Raimundo e Seixas (2009) afirmam que, para melhor diferenciar os comportamentos de bullying de outros apenas considerados agressivos, existem três critérios:

- Conduta deve ser agressiva e intencional;
- Não ocorrem apenas esporadicamente, sendo repetitivos e sistemáticos;
- Existe uma desigualdade de poder (idade, força) entre os alunos (agressor e vítima).

O bullying requer, pois, o envolvimento de pelo menos duas pessoas, apesar de poder incluir um maior grupo, o agressor, que controla e a vítima, submissa e tiranizada.

Num estudo realizado por Carvalhosa et. al (2001) 42.5% dos alunos entre os 11 e os 16 anos de idade referiram nunca se terem envolvido em comportamentos de bullying, 10.2% relataram terem sido agressores, uma ou mais vezes, no último período escolar; 21.4% afirmaram serem vítimas, uma ou mais vezes, no último período escolar; e 25.9% eram em simultâneo vítimas e agressores. Já num estudo mais recente (Carvalhosa & Matos, 2004), 41.3% dos alunos afirmaram nunca se terem envolvido em comportamentos de bullying, 9.4% afirmaram serem agressores, 22.1% reconhecem-se como vítimas e 27.2% relatam serem tanto vítimas como agressores.

Já Carvalhosa & Matos (2005) referem que os comportamentos mais referidos como associados ao bullying são: gozar, chamar nomes, fazer troça, mentir, disseminar boatos, realizar comentários, gestos ordinários ou piadas sexuais, excluir, colocar à parte. Estes comportamentos são, muitas vezes, de difícil detecção pelos professores. Os mesmos estudos apoiam a máxima de que os comportamentos de bullying têm um pico aos 13 anos.

Da análise dos resultados destes estudos pode-se concluir que, em Portugal, existem taxas elevadas de comportamentos de bullying, nas escolas.

Considero ainda fundamental referir que as crianças e jovens do sexo masculino são mais vítimas e agressores do que as raparigas, tal como a frequência de comportamentos de bullying vai diminuindo com o passar dos anos de

escolaridade. Além disso, a percentagem de agressores e vítimas tem vindo a aumentar com o passar dos anos (Carvalhosa et. al, 2001).

Face a estes dados, considerando o bullying como um problema comunitário em ascensão, a Enfermagem, em particular a especialista em Enfermagem Comunitária deve estar desperta e consciente de todas as dimensões que englobam os comportamentos de bullying, tal como as suas consequências e intervenções preventivas.

Por todas estas razões e dado que representa uma área com a qual nunca contactei de forma directa considere muito importante a aquisição de conhecimentos e competências nesta área de estudo e intervenção, junto de uma equipa com uma vasta experiência na área.

Para colmatar a necessidade identificada será aplicado um questionário já validado, autorizado e previamente utilizado pela UCC da Senhora da Hora às cinco turmas de sétimo ano da Escola de Ensino Básico, segundo e terceiro ciclos de Custódias. Após a organização e análise dos dados serão efectuadas sessões de formação adaptadas com a colaboração da Polícia de Segurança Pública de Matosinhos.

### 3. Actividades a Desenvolver

De seguida descrevo as actividades a realizar para dar resposta às necessidades anteriormente referidas, definindo, para cada uma destas, as estratégias a atender e os respectivos indicadores de processo e de resultado e meta a alcançar.

Todos os objectivos operacionais e indicadores devem ser avaliados, respeitando o período compreendido entre 3 de Dezembro de 2010 e 21 de Janeiro de 2011.

#### A. Bullying – Não é brincadeira

De seguida descreve-se a actividade supracitada.

##### *Objectivos gerais*

Aumentar o conhecimento dos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias no que diz respeito aos comportamentos de bullying nas escolas e suas consequências.

##### *Objectivos específicos*

Informar os alunos sobre o significado do Bullying.

Ensinar os alunos sobre os vários tipos de Bullying existentes.

Informar os alunos sobre as características do agressor num caso de Bullying.

Informar os alunos sobre as características do alvo num caso de Bullying.

Informar os alunos sobre as características da testemunha num caso de Bullying.

Informar os alunos sobre exemplos de Bullying.

Debater com os alunos as ideias erradas existentes sobre o Bullying e as suas implicações.

Discutir com os alunos as formas de agir quando se é vítima num caso de Bullying.

Discutir com os alunos as formas de agir quando se é agressor num caso de Bullying.

Discutir com os alunos as formas de agir quando se é testemunha num caso de Bullying.

Informar os alunos sobre as soluções possíveis para o Bullying.

Exemplificar um caso de Bullying através da exibição de um vídeo aos alunos.

#### *Objectivo operacional*

Aumentar os conhecimentos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias em pelo menos 30% no que diz respeito aos comportamentos de bullying nas escolas e suas consequências.

#### *Estratégias*

- i. Entregar o número de questionários correspondentes ao número total de alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias aos respectivos directores de turma para que estes sejam preenchidos de 13 a 17 de Dezembro de 2010.
- ii. Recolher os questionários preenchidos pelos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias até ao dia 17 de Dezembro de 2010.
- iii. Analisar os dados recolhidos através dos questionários preenchidos pelos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias.

- iv. Planear sessões de educação para a saúde, com base nos resultados dos questionários aplicados aos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias.
- v. Pedir colaboração à Polícia Municipal de Matosinhos para a realização das sessões de educação para a saúde aos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias.
- vi. Realizar o número de sessões de educação para a saúde necessário para responder às necessidades detectadas com a aplicação do questionário aos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias de 3 a 14 de Janeiro de 2011.
- vii. Avaliar a forma das sessões de educação para a saúde através das questões colocadas pelos alunos e do interesse revelado durante as mesmas.
- viii. Avaliar o conteúdo das sessões de educação para a saúde através da aplicação de um questionário com questões já colocadas no questionário aplicado inicialmente.

#### *Indicador de processo*

Percentagem de alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias que preencheram os questionários sobre comportamentos de bullying.

$$IP = \frac{\text{n.º alunos das turmas do sétimo ano de escolaridade que preencheram os questionários sobre comportamentos de bullying}}{\text{n.º total de alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade}} \times 100$$

#### *Indicador de resultado*

Percentagem de turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias que aumentaram os seus conhecimentos no que diz respeito aos comportamentos de bullying nas escolas e suas consequências



$$\text{IR} = \frac{\text{n.º de turmas do sétimo ano de escolaridade que aumentaram os} \\ \text{seus conhecimentos sobre comportamentos de bullying}}{\text{n.º total de turmas do sétimo ano de escolaridade}} \times 100$$

#### 4. Nota Final

Por fim, creio ter sido capaz de traduzir o projecto de intervenção que pretendia implementar. Procurei planear actividades e estratégias adequadas à necessidade detectada, e construir indicadores de processo e de resultado que visam a avaliação das mesmas, de forma a perceber a aquisição ou não de ganhos em saúde, que são o propósito final da intervenção da Especialista em Enfermagem Comunitária.

Como qualquer projecto este não será estanque e poderá ser adaptado à realidade em mutação, ou na existência de obstáculos e dificuldades.

A aplicação deste projecto representa, contudo, um grande desafio para mim pois representa o primeiro contacto directo com esta área da Enfermagem Comunitária, tanto na minha experiência académica como profissional.

Tal como é habitual referir creio que, pelas suas especificidades, este terceiro módulo de estágio será muito positivo, em termos de aprendizagens e aquisição de competências no que diz respeito à saúde escolar e, em particular, os comportamentos de Bullying nas escolas. Por outro lado, representa uma grande oportunidade para mim para conhecer as dinâmicas de funcionamento de uma UCC.

Por tudo o que referi, penso que conseguirei neste terceiro módulo de estágio consolidar as competências de especialista em Enfermagem Comunitária e que, este momento, será uma importante mais-valia para o meu desenvolvimento profissional e humano.

## 5. Referências Bibliográficas

- AZEVEDO, Carlos M.; AZEVEDO, Ana G. – Metodologia Científica: Contributos Práticos para a elaboração de Trabalhos Académicos. 8.ª Edição, Porto, 2006.
- BRONFENBRENNER, U. – The ecology of human development. Cambridge: Harvard/University Press, 1979.
- CARVALHOSA, S., LIMA, L. & MATOS, M. – Bullying - A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 523-537, 2001.
- CARVALHOSA, S., & MATOS, M. – Bullying in schools: what's going on? Paper presented at the 9th Biennial Conference of EARA, Porto, 2004.
- CARVALHOSA, S., & MATOS, M. – Provocação entre pares em idade escolar. In M. Matos (ed.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (3ª ed.). Cruz Quebrada: FMH Edições, 2005.
- EXLEY, H. – Sabedoria do Milénio. Lisboa: Editorial Estampa, 2000.
- OLWEUS, D. – Bullying at school: What we know and what we can do. Oxford: Blackwell, 1993.
- RAIMUNDO, R. & SEIXAS, S. – Comportamentos de Bullying no 1º ciclo: Estudo de caso numa Escola de Lisboa. *Interações* N.º. 13, PP. 164-186, 2009.

# Anexos

## Anexo 1: Cronograma do Módulo III do EEC

<b>Estratégias</b>	<b>Mês</b>	<b>Dezembro 2010</b>	<b>Janeiro 2011</b>
Entrega e recolha dos questionários preenchidos pelos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias.		13 - 17	
Análise dos dados dos questionários aplicados e planeamento de sessões de educação para a saúde aos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias.		20 - 22	
Realização das sessões de educação para a saúde aos alunos das turmas de sétimo ano de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias.			3 - 14
Avaliação das sessões de educação para a saúde.			3 - 14
Elaboração do Relatório.			

## **Anexo 12**

Questionário sobre a avaliação da realidade escolar em termos da existência de Bullying elaborado e validado numa tese de Doutoramento de uma docente da Universidade do Minho no âmbito da mesma temática.

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária: Estágio de Enfermagem Comunitária

Unidade de Cuidados na Comunidade de Sra. da Hora

Ano lectivo 2010/2011

No âmbito do projecto **“Bullying: Mais que uma Brincadeira!”**, uma aluna do Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Sra. da Hora solicita o preenchimento deste questionário.

O questionário é de carácter individual e anónimo. Ler com atenção antes do seu preenchimento.

Agradecemos a colaboração.

Nº de questionário \_\_\_\_\_

Ano \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_

Assinala com uma cruz o quadrado correspondente à tua resposta**Grupo I**1. ☐ Sexo Masculino ☐ Sexo Feminino

2. Que idade tens? \_\_\_\_\_

3. Com quem vives? \_\_\_\_\_

4.

Pai

Mãe

Profissão	_____	_____
Habilitações Literárias	_____	_____

5. Frequentaste o Infantário? (Jardim de Infância ou Creche) ☐ Sim ☐ Não6. Desde que entraste para o 1º ano reprovaste alguma vez? ☐ Sim ☐ Não

6.1 Se sim, quantos anos? \_\_\_\_\_

7. Praticas alguma actividade fora da escola, pelo menos uma vez por semana?

☐ Sim ☐ Não

7.1 Se sim, qual ou quais? \_\_\_\_\_

7.2 Há quanto tempo? ☐ 3 meses ☐ 1 ano ☐ 2 anos ☐ 3 anos ou mais8. Tens aulas de apoio? ☐ Sim ☐ Não

9. Gostas da Escola? ☐ Não gosto da escola  
☐ Não gosto nem desgosto da escola  
☐ Gosto da escola
10. Com quem vens para a escola?  
☐ Venho sozinho  
☐ Venho com os pais, tios ou vizinhos  
☐ Venho com irmãos ou colegas
11. Quantas vezes te fizeram mal no caminho da escola?  
☐ Nunca se meteram comigo  
☐ 1 ou 2 vezes este período  
☐ 1 vez esta semana  
☐ 2 ou mais vezes esta semana

## Grupo II

Quantas vezes aconteceu baterem-te, empurrarem-te, darem-te puxões, dizerem mal de ti ou meterem-te medo porque te queriam fazer mal ou por não se importarem contigo.

1. Desde que o ano lectivo começou, quantas vezes te fizeram mal?  
☐ Nunca ☐ 3 ou 4 vezes  
☐ 1 ou 2 vezes ☐ 5 ou mais vezes
2. Como é que te têm feito mal? (Coloca uma cruz no quadrado relativo ao que já te aconteceu. Podes indicar mais do que um quadrado)  
☐ Ninguém me fez mal ☐ Bateram-me, deram-me murros ou pontapés  
☐ Tiraram-me coisas ☐ Meteram-me medo  
☐ Chamaram-me nomes “feios”. ☐ Andaram a falar de mim,  
Disseram coisas de mim ou do dizem segredos sobre mim  
meu corpo ☐ Não me falaram  
☐ Fizeram-me outras coisas. Diz o quê: \_\_\_\_\_
3. Em que sítios é que te têm feito mal? (Podes indicar mais que um quadrado)  
☐ Em lado nenhum ☐ No recreio  
☐ Nos corredores e nas escadas ☐ Na sala  
☐ Na cantina  
☐ Noutro sítio. Indica o local: \_\_\_\_\_



4. De que turma são os alunos que te têm feito mal? (Podes indicar mais que um quadrado)
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nenhum aluno se meteu comigo | <input type="checkbox"/> São do meu ano, mas de outra turma |
| <input type="checkbox"/> São da minha turma           | <input type="checkbox"/> São mais velhos                    |
| <input type="checkbox"/> São mais novos               |   |
5. Quem te fez mal? (volta a marcar só um quadrado)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguém se meteu comigo | <input type="checkbox"/> Vários rapazes              |
| <input type="checkbox"/> Um rapaz                | <input type="checkbox"/> Várias raparigas            |
| <input type="checkbox"/> Uma rapariga            | <input type="checkbox"/> Rapazes e raparigas (ambos) |
6. Quantas vezes te fizeram mal na última semana de aulas?
- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> 2 vezes         |
| <input type="checkbox"/> 1 vez   | <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes |
7. Quantas vezes é que os professores tentaram parar os alunos que fizeram mal a outros alunos?
- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não sei     | <input type="checkbox"/> Às vezes     |
| <input type="checkbox"/> Quase nunca | <input type="checkbox"/> Muitas vezes |
8. Disseste ao professor que os outros alunos te fizeram mal na escola?
- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguém se meteu comigo | <input type="checkbox"/> Disse |
| <input type="checkbox"/> Não disse               |                                |
9. Disseste ao teu pai ou à tua mãe que te fizeram mal na escola?
- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguém se meteu comigo | <input type="checkbox"/> Disse |
| <input type="checkbox"/> Não disse               |                                |
10. Há alunos que te defendem quando os outros te tentam fazer mal?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguém me fez mal | <input type="checkbox"/> 1 ou 2 meninos    |
| <input type="checkbox"/> Ninguém me ajudou  | <input type="checkbox"/> 3 ou mais meninos |
11. O que fazes quando vês que estão a fazer mal a um aluno da tua idade?
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nada, não é nada comigo         |
| <input type="checkbox"/> Nada, mas acho que devia ajudar |
| <input type="checkbox"/> Tento ajudá-lo como posso       |
9. Quantas vezes aconteceu ficares só porque os outros alunos não queriam *estar* contigo?
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca fiquei só             |
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes neste período  |
| <input type="checkbox"/> 1 vez esta semana           |
| <input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes esta semana |

### Grupo III

1. Quais são as três actividades que fazes com mais frequência nos recreios (exteriores e interiores)?

1ª \_\_\_\_\_ 2ª \_\_\_\_\_ 3ª \_\_\_\_\_

2. Quais são as três actividades que mais gostarias de fazer nos recreios?

1ª \_\_\_\_\_ 2ª \_\_\_\_\_ 3ª \_\_\_\_\_

3. Gostas dos recreios?

☐ Não gosto nada    ☐ Não gosto    ☐ Gosto assim-assim    ☐ Gosto    ☐ Adoro

4. O recreio tem muito espaço para brincaremos quando está bom tempo?

☐ Sim    ☐ Não

5. O recreio tem muito espaço para brincaremos quando chove?

☐ Sim    ☐ Não

6. O que achas do recreio? (Podes indicar mais que um quadrado)

- ☐ Não tenho amigos para brincar.
- ☐ Andam atrás de mim para se meterem comigo.
- ☐ Não posso brincar àquilo de que gosto.
- ☐ Há muitos meninos, por isso não há espaço para brincar.
- ☐ Os outros meninos só gostam de brincar às lutas e aos empurrões.
- ☐ Brinco com os amigos.

7. Achas que os alunos e alunas têm sítios no recreio para brincar a coisas diferentes tais como jogar futebol, saltar à corda e outros jogos?

☐ Sim    ☐ Não

### Grupo IV

Quantas vezes foste tu a fazer mal: bater, empurrar, puxar, chamar nomes ou meter medo a outros alunos(as).

1. Desde que o ano lectivo começou, quantas vezes fizeste mal a outros alunos na escola?

- ☐ Nunca
- ☐ 1 ou 2 vezes
- ☐ 3 ou 4 vezes
- ☐ 5 ou mais vezes

2. Quantas vezes te juntaste para fazer mal a outros alunos, na última semana?

☐ Nunca

☐ 2 vezes

☐ 1 vez

☐ 3 ou mais vezes

3. O professor falou contigo por teres feito mal a outros alunos?

☐ Não fiz mal a nenhum

☐ Sim

☐ Não

4. Em casa falaram contigo por teres feito mal a outros alunos?

☐ Não fiz mal a nenhum

☐ Sim

☐ Não

5. Porque motivo (s) fizeste mal a outros alunos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Grupo V

1 Já ouviste falar em Bullying? ☐ Sim ☐ Não

1.1 . Se sim, o que é para ti o Bullying?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. O que achas que deve ser feito em relação a um caso de Bullying? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Já tiveste alguma formação/sessão de educação para a saúde sobre Bullying?

☐ Sim

☐ Não

## **Anexo 13**

Apresentação gráfica em programa de análise estatística das respostas obtidas no questionário inicial sobre a avaliação da realidade escolar em termos da existência de Bullying.

Turma						
7ºA	7ºB	7ºD	7ºE	CEF1	CEFCOM	7ºC
Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count
24	18	23	22	13	14	22

**tiraram-me coisas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	133	77,3	99,3	99,3
	sim	1	,6	,7	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

sexo	
masculino	feminino
Count	Count
77	59

idade
Mean
13

**sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	77	44,8	56,6	56,6
	feminino	59	34,3	43,4	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	1	,6	,7	,7
	12	69	40,1	50,7	51,5
	13	26	15,1	19,1	70,6
	14	13	7,6	9,6	80,1
	15	9	5,2	6,6	86,8
	16	16	9,3	11,8	98,5
	17	2	1,2	1,5	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

Com quem vives?

Familia nuclear	Familia alargada	Outros	Instituição	Avós
Count	Count	Count	Count	Count
105	26	1	0	3

Grupo da profissão do pai

Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	Técnicos e profissionais de nível intermédio	Pessoal administrativo e similares	Pessoal dos serviços e vendedores	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
Count	Count	Count	Count	Count	Count
0	1	8	11	22	1

Grupo da profissão do pai		
Operários, artífices e trabalhadores similares	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	Trabalhadores não qualificados
Count	Count	Count
35	17	18

Grupo da profissão da mãe					
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	Técnicos e profissionais de nível intermédio	Pessoal administrativo e similares	Pessoal dos serviços e vendedores	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
Count	Count	Count	Count	Count	Count
1	3	4	14	23	1

Grupo da profissão da mãe		
Operários, artífices e trabalhadores similares	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	Trabalhadores não qualificados
Count	Count	Count
14	1	67

Habilitações Literárias Pai					
1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Ensino Superior	Outro
Count	Count	Count	Count	Count	Count
45	29	23	12	3	0

Habilitações Literárias Mãe					
1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Ensino Superior	Outro
Count	Count	Count	Count	Count	Count
43	32	29	17	6	0

Frequentaste o infantário?	
Não	Sim
Count	Count
37	96

Reprovaste alguma vez?		Se sim quantos anos?
Não	Sim	
Count	Count	Mean
74	62	2

#### Se sim quantos anos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,6	1,6	1,6
	1	26	15,1	41,9	43,5
	2	19	11,0	30,6	74,2
	3	15	8,7	24,2	98,4
	4	1	,6	1,6	100,0
	Total	62	36,0	100,0	
Missing	System	110	64,0		
	Total	172	100,0		

Praticas alguma actividade	
Não	Sim
Count	Count
72	63

#### Se sim, qual ou quais?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	110	64,0	64,0	64,0
Andebol	1	,6	,6	64,5
Basquetebol	1	,6	,6	65,1
Correr	4	2,3	2,3	67,4
Curso de modelo	1	,6	,6	68,0
Escuteiros	1	,6	,6	68,6
Futebol	24	14,0	14,0	82,6
Futsal	6	3,5	3,5	86,0
Ginásio	2	1,2	1,2	87,2
Karate	5	2,9	2,9	90,1
Kung-Fu	1	,6	,6	90,7
Muay Thay e Rancho	1	,6	,6	91,3
Música	1	,6	,6	91,9



Natação	11	6,4	6,4	98,3
Paintball	1	,6	,6	98,8
Skate	1	,6	,6	99,4
Teck deck	1	,6	,6	100,0
Total	172	100,0	100,0	

Há quanto tempo a praticas			
3 meses	1 ano	2 anos	3 anos ou mais
Count	Count	Count	Count
13	11	9	27

Frequentas aulas de apoio?	
Não	Sim
Count	Count
86	49

Gostas da Escola?		
Não gosto da escola	Não gosto nem desgosto da escola	Gosto da Escola
Count	Count	Count
24	59	52

Com quem vens para a escola?			
0	Venho só	Venho com os pais, tios ou vizinhos	Venho com irmãos ou colegas
Count	Count	Count	Count
2	40	51	42

Quantas vezes te fizeram mal no caminho da escola?			
Nunca se meteram comigo	Uma ou duas vezes este ano lectivo	Uma vez esta semana	Duas ou mais vezes esta semana
Count	Count	Count	Count
131	4	0	0

Desde que o periodo começou quantas vezes te fizeram mal?			
Nunca	Uma ou duas vezes	3 ou 4 vezes	5 ou mais
Count	Count	Count	Count
112	17	2	3

**ninguem me fez mal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	30	17,4	22,4	22,4
	sim	104	60,5	77,6	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**bateram-me, deram-me murros ou pontapés**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	127	73,8	94,8	94,8
	sim	7	4,1	5,2	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**meteram-me medo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	131	76,2	97,8	97,8
	sim	3	1,7	2,2	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**chamaram-me nomes feios. disseram coisas de mim ou do meu corpo.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	117	68,0	87,3	87,3
	sim	17	9,9	12,7	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**andaram a falar de mim, dizem segredos sobre mim**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	123	71,5	91,8	91,8
	sim	11	6,4	8,2	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**não me falaram**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	131	76,2	97,8	97,8
	sim	3	1,7	2,2	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**Fizeram-me outras coisas. Diz o que te fizeram**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		168	97,7	97,7	97,7
	Ameaçaram	1	,6	,6	98,3
	Empurraram	1	,6	,6	98,8
	Falaram da minha mãe	1	,6	,6	99,4
	Gozaram comigo	1	,6	,6	100,0
	Total	172	100,0	100,0	

		Em lado nenhum	Nos corredores e nas escadas	No recreio	Na sala	Na cantina
N	Valid	134	134	134	134	134
	Missing	38	38	38	38	38

**Em lado nenhum**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	26	15,1	19,4	19,4
	sim	108	62,8	80,6	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**Nos corredores e nas escadas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	130	75,6	97,0	97,0
	sim	4	2,3	3,0	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**No recreio**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	110	64,0	82,1	82,1
	sim	24	14,0	17,9	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**Na sala**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	126	73,3	94,0	94,0
	sim	8	4,7	6,0	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**Na cantina**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	132	76,7	98,5	98,5
	sim	2	1,2	1,5	100,0
	Total	134	77,9	100,0	
Missing	System	38	22,1		
	Total	172	100,0		

**Noutro sitio. Indica o local**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		168	97,7	97,7	97,7
	À porta da escola	1	,6	,6	98,3
	ao ir para casa	1	,6	,6	98,8
	Fora da escola	1	,6	,6	99,4
	Fora dos pavilhões.	1	,6	,6	100,0
	Total	172	100,0	100,0	

		Nenhum aluno se meteu comigo	São da minha turma	São do meu ano mas de outra turma	São mais velhos	São mais novos
N	Valid	135	135	135	135	135
	Missing	37	37	37	37	37

**Nenhum aluno se meteu comigo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	24	14,0	17,8	17,8
	sim	111	64,5	82,2	100,0
	Total	135	78,5	100,0	
Missing	System	37	21,5		
	Total	172	100,0		

**São da minha turma**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	125	72,7	92,6	92,6
	sim	10	5,8	7,4	100,0
	Total	135	78,5	100,0	
Missing	System	37	21,5		
	Total	172	100,0		

**São do meu ano mas de outra turma**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	128	74,4	94,8	94,8
	sim	7	4,1	5,2	100,0
	Total	135	78,5	100,0	
Missing	System	37	21,5		
	Total	172	100,0		

**São mais velhos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	122	70,9	90,4	90,4
	sim	13	7,6	9,6	100,0
	Total	135	78,5	100,0	
Missing	System	37	21,5		
	Total	172	100,0		

**São mais novos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	134	77,9	99,3	99,3
	sim	1	,6	,7	100,0
	Total	135	78,5	100,0	
Missing	System	37	21,5		
	Total	172	100,0		

Quem te fez mal?					
Ninguem se meteu comigo	Um Rapaz	Uma rapariga	Vários rapazes	Várias raparigas	Rapazes e raparigas
Count	Count	Count	Count	Count	Count
110	10	1	7	1	6

Quantas vezes te fizeram mal na ultima semana de aulas?			
Nenhuma	Uma vez	Duas vezes	Três ou mais vezes
Count	Count	Count	Count
125	7	1	1

Quantas vezes os professores tentaram parar os meninos que fizeram mal aos outros?				
Não sei	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	5
Count	Count	Count	Count	Count
105	5	16	8	1

Disseste ao professor que os outros meninos te fizeram mal na escola?		
Ninguem se meteu comigo	Não disse	Disse
Count	Count	Count
112	13	10

Disseste ao teu pai ou à tua mae que te fizeram mal na escola?		
Ninguem se meteu comigo	Não disse	Disse
Count	Count	Count
111	14	10

Há meninos que te defendem quando os outros te tentam fazer mal?			
Ninguem me faz mal	Ninguem me ajudou	1 ou 2 meninos	3 ou mais meninos
Count	Count	Count	Count
107	8	11	9

O que fazes quando ves que estão a fazer mal a um menino da tua idade?		
Nada, não é nada comigo	Nada, mas acho que devia ajudar	Tento ajuda-lo como posso
Count	Count	Count
31	33	70

Quantas vezes aconteceu ficares sozinho, porque os outros meninos não queriam brincar contigo?			
Nunca fiquei só	1 ou 2 vezes este periodo	Uma vez esta semana	2 ou mais vezes esta semana
Count	Count	Count	Count
123	7	0	4

**1ª Actividade que fazes com mais frequencia nos recreios**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	26,2	26,2	26,2
Andar	1	,6	,6	26,7
Basquetebol	8	4,7	4,7	31,4
Bayblade	7	4,1	4,1	35,5
Brincar	2	1,2	1,2	36,6
Comer	6	3,5	3,5	40,1
Correr	9	5,2	5,2	45,3
Desportos	1	,6	,6	45,9
Estar com os colegas	5	2,9	2,9	48,8
Falar	24	14,0	14,0	62,8
Futebol	30	17,4	17,4	80,2
Jogar	1	,6	,6	80,8
Namorar	3	1,7	1,7	82,6
Olhar	1	,6	,6	83,1
Ouvir música	5	2,9	2,9	86,0
Passear	22	12,8	12,8	98,8
Recreio	1	,6	,6	99,4
Trabalhos de casa	1	,6	,6	100,0
Total	172	100,0	100,0	



**2ª Actividade que fazes com mais frequencia nos recreios**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	66	38,4	38,4	38,4
Andar	1	,6	,6	39,0
Andebol	1	,6	,6	39,5
Basquetebol	6	3,5	3,5	43,0
Bayblade	1	,6	,6	43,6
Brincar	4	2,3	2,3	45,9
Comer	13	7,6	7,6	53,5
Computador	1	,6	,6	54,1
Correr	6	3,5	3,5	57,6
CRE	1	,6	,6	58,1
Estar com os colegas	3	1,7	1,7	59,9
Falar	10	5,8	5,8	65,7
Futebol	21	12,2	12,2	77,9
Jogar	7	4,1	4,1	82,0
Lanchar	1	,6	,6	82,6
Namorar	1	,6	,6	83,1
Ouvir música	4	2,3	2,3	85,5
Passear	20	11,6	11,6	97,1
Sentar	2	1,2	1,2	98,3
Teck deck	1	,6	,6	98,8
Tirar senha para comer na escola	1	,6	,6	99,4
Voleibol	1	,6	,6	100,0
Total	172	100,0	100,0	

**3ª Actividade que fazes com mais frequencia nos recreios**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	82	47,7	47,7	47,7
Andar	1	,6	,6	48,3
Andebol	1	,6	,6	48,8
Basquetebol	4	2,3	2,3	51,2
Bayblade	1	,6	,6	51,7
Brincar	7	4,1	4,1	55,8
Cantar	1	,6	,6	56,4
Comer	12	7,0	7,0	63,4
Correr	3	1,7	1,7	65,1
Estar com o irmão	1	,6	,6	65,7
Estar com os amigos	1	,6	,6	66,3
Estar com os colegas	2	1,2	1,2	67,4
Estudar	1	,6	,6	68,0
Falar	19	11,0	11,0	79,1
Falar ao telemóvel	1	,6	,6	79,7
Falar de futebol	1	,6	,6	80,2
Futebol	4	2,3	2,3	82,6
Jogar	6	3,5	3,5	86,0
Mandar SMS	2	1,2	1,2	87,2
Ouvir música	3	1,7	1,7	89,0
Passear	13	7,6	7,6	96,5
Requisitar livros	1	,6	,6	97,1
Ringue	1	,6	,6	97,7
Saltar	1	,6	,6	98,3
Sentar	1	,6	,6	98,8
Teck deck	1	,6	,6	99,4
Ver as meninas	1	,6	,6	100,0
Total	172	100,0	100,0	

Quais são as actividades que mais gostarias de fazer.1ª

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	76	44,2	44,2	44,2
Andebol	5	2,9	2,9	47,1
Badminton	6	3,5	3,5	50,6
Basebol	1	,6	,6	51,2
Basquetebol	7	4,1	4,1	55,2
Bayblade	1	,6	,6	55,8
Brincar	3	1,7	1,7	57,6
Cantar	2	1,2	1,2	58,7
Cinema	1	,6	,6	59,3
Comer	1	,6	,6	59,9
Conversar	1	,6	,6	60,5
Correr	3	1,7	1,7	62,2
Dançar	5	2,9	2,9	65,1
Desenhar	1	,6	,6	65,7
Desporto	1	,6	,6	66,3
Estar com os colegas	3	1,7	1,7	68,0
Falar	8	4,7	4,7	72,7
Fazer actividades com a turma	1	,6	,6	73,3
Futebol	16	9,3	9,3	82,6
Jogar	12	7,0	7,0	89,5
Namorar	3	1,7	1,7	91,3
Nenhuma	2	1,2	1,2	92,4
Passear	4	2,3	2,3	94,8
Saltar à corda	1	,6	,6	95,3
Skate	3	1,7	1,7	97,1
Ter 20 minutos de recreio	1	,6	,6	97,7
Voleibol	4	2,3	2,3	100,0
Total	172	100,0	100,0	

**Quais são as actividades que mais gostarias de fazer.2ª**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	95	55,2	55,2	55,2
Andebol	3	1,7	1,7	57,0
Badminton	5	2,9	2,9	59,9
Basquetebol	2	1,2	1,2	61,0
Bicicleta	2	1,2	1,2	62,2
Voleibol	1	,6	,6	62,8
Brincar	1	,6	,6	63,4
Cantar	6	3,5	3,5	66,9
Comer	1	,6	,6	67,4
Comes	1	,6	,6	68,0
Correr	3	1,7	1,7	69,8
Dançar	1	,6	,6	70,3
Desenhar	1	,6	,6	70,9
Falar	5	2,9	2,9	73,8
Falar ao telemóvel	1	,6	,6	74,4
Fazer actividades com alunos de toda a escola	1	,6	,6	75,0
Futebol	11	6,4	6,4	81,4
Jogar	11	6,4	6,4	87,8
Mais tempo para comer	1	,6	,6	88,4
Mugats	1	,6	,6	89,0
Namorar	1	,6	,6	89,5
Ouvir música	3	1,7	1,7	91,3
Passear	6	3,5	3,5	94,8
Pegar com os miúdos	1	,6	,6	95,3
Rugby	1	,6	,6	95,9
Sentar	1	,6	,6	96,5
Skate	1	,6	,6	97,1
Ter mais recreio	1	,6	,6	97,7
Tocar instrumentos	1	,6	,6	98,3
Voleibol	3	1,7	1,7	100,0

Quais são as actividades que mais gostarias de fazer.3ª

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	116	67,4	67,4	67,4
Ajudar os meus amigos	1	,6	,6	68,0
Andebol	2	1,2	1,2	69,2
Basquetebol	4	2,3	2,3	71,5
Bayblade	1	,6	,6	72,1
Bicicleta	1	,6	,6	72,7
Brincar	4	2,3	2,3	75,0
Cinema	1	,6	,6	75,6
Comer	3	1,7	1,7	77,3
Correr	2	1,2	1,2	78,5
Dançar	4	2,3	2,3	80,8
Divertir-me	1	,6	,6	81,4
Estar com os colegas	1	,6	,6	82,0
Estudar	1	,6	,6	82,6
Falar	5	2,9	2,9	85,5
Futebol	4	2,3	2,3	87,8
Hoquei	1	,6	,6	88,4
Internet	2	1,2	1,2	89,5
Jogar	6	3,5	3,5	93,0
Montar coisas	1	,6	,6	93,6
Nadar	1	,6	,6	94,2
Passear	1	,6	,6	94,8
Sair da escola	1	,6	,6	95,3
Ténis	4	2,3	2,3	97,7
Ver TV	3	1,7	1,7	99,4
Voleibol	1	,6	,6	100,0
Total	172	100,0	100,0	

Gostas dos Recreios?				
Não Gosto nada	Não Gosto	Gosto assim-assim	Gosto	Adoro
Count	Count	Count	Count	Count
1	1	10	53	70

		O recreio tem muito espaço para brincare quando está bom tempo?	O recreio tem muito espaço para brincare quando chove?	Não tenho amigos para brincar	Andam atrás de mim para se meterem comigo	Não posso brincar ao que gosto
N	Valid	136	136	136	136	136
	Missing	36	36	36	36	36

		Há muitos meninos, não há espaço para brincar	Os outros meninos só gostam de brincar às lutas e aos empurrões	Brinco com os meus amigos	Achas que os alunos e alunas têm sitios no recreio para brincar a coisa diferentes...
N	Valid	136	136	136	135
	Missing	36	36	36	37

**O recreio tem muito espaço para brincare quando está bom tempo?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	11	6,4	8,1	8,1
	sim	125	72,7	91,9	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

**O recreio tem muito espaço para brincar quando chove?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	110	64,0	80,9	80,9
	sim	26	15,1	19,1	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

**Não tenho amigos para brincar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	135	78,5	99,3	99,3
	sim	1	,6	,7	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

**Andam atrás de mim para se meterem comigo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	135	78,5	99,3	99,3
	sim	1	,6	,7	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

**Não posso brincar ao que gosto**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	127	73,8	93,4	93,4
	sim	9	5,2	6,6	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

**Há muitos meninos, não há espaço para brincar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	128	74,4	94,1	94,1
	sim	8	4,7	5,9	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

**Os outros meninos só gostam de brincar às lutas e aos empurrões**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	123	71,5	90,4	90,4
	sim	13	7,6	9,6	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

**Brinco com os meus amigos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	12	7,0	8,8	8,8
	sim	124	72,1	91,2	100,0
	Total	136	79,1	100,0	
Missing	System	36	20,9		
	Total	172	100,0		

**Achas que os alunos e alunas têm sítios no recreio para brincar a coisa diferentes...**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	11	6,4	8,1	8,1
	sim	124	72,1	91,9	100,0
	Total	135	78,5	100,0	
Missing	System	37	21,5		



**Achas que os alunos e alunas têm sítios no recreio para brincar a coisa diferentes...**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	11	6,4	8,1	8,1
	sim	124	72,1	91,9	100,0
	Total	135	78,5	100,0	
Missing	System	37	21,5		
	Total	172	100,0		

Desde que o período começou, quantas vezes fizeste mal a outros alunos na escola?			
Nunca	1 ou 2 vezes	3 ou 4 vezes	5 ou mais vezes
Count	Count	Count	Count
109	20	1	5

Quantas vezes te juntaste para fazer mal a outros meninos na ultima semana			
Nunca	1 vez	2 vezes	3 ou mais vezes
Count	Count	Count	Count
126	6	0	1

O professor falou contigo por teres feito mal a outros meninos?		
Não fiz mal a nenhum	Sim	Não
Count	Count	Count
116	9	8

Em tua casa falaram contigo por teres feito mal a outros meninos?		
Não fiz mal a nenhum	Sim	Não
Count	Count	Count
116	10	8

Porque motivo fizeste mal a outros alunos?	
	Frequency
Valid	157
Às vezes só brinco, nunca fiz mal a ninguém do género dar murros ou estalos a alguém mas sim tipo empurrar ou outra coisa do género.	1
Chamar nomes.	1
Estamos chateados e houve mentiras.	1
Insultar	1
Motivos pessoais.	1
Pegaram comigo ou chamaram-me nomes.	1
Por estarem sempre a meter-se comigo.	1
Por muitos.	1
Por nada. Estava só a brincar.	1
Porque gozaram comigo.	1
Porque insultou e chamou nomes à minha mãe.	1
Porque me insultam, chamam nomes ou gozam comigo.	1
Porque os outros alunos meteram-se com os melhores amigos e eu não gosto, mas só falei não bati nem nada.	1
Pura estupidez.	1
Se se metem comigo levam coça	1
Total	172

Já ouviste falar em Bullying?		
Não	Sim	2
Count	Count	Count
3	131	1

Classificação da definição de bullying escrita pelo aluno.				
Muito completa	Completa	Incompleta	Muito incompleta	Errada
Count	Count	Count	Count	Count
0	17	42	66	6

Classificação das estratégias de bullying escrita pelo aluno.				
Muito completa	Completa	Incompleta	Muito incompleta	Errada
Count	Count	Count	Count	Count
0	0	26	78	8

Já tiveste alguma formação/sessão de educação para a saúde sobre bullying?	
Não	Sim
Count	Count
52	83

## **Anexo 14**

Planeamento das sessões de EPS sobre o Bullying.

# ***Educação para a Saúde – Bullying – “Não é uma brincadeira...”***

## **Planeamento**

- 0.** O Bullying refere-se a um tipo de violência que tem o seu início durante o período escolar. Esta violência pode ser física, verbal, relacional/racial, sexual e o cyberbullying, que se relaciona a actos de violência através do uso das novas tecnologias (internet – hi5, facebook, twitter; jogos de computador; sms). Para classificar-se como tal o Bullying deve ser praticado por um ou mais agressores, com uma relação desigual de poder com o alvo das agressões, sem motivo e de forma repetida.

Uma vez que o Bullying representa um dos grandes problemas de saúde escolar considero fundamental a intervenção de forma a prevenir e controlar este problema, causador de graves consequências no desenvolvimento da criança/adolescente e na sua vida adulta.

Em contexto do Estágio em Enfermagem Comunitária – módulo III, foi detectada, junto da Enfermeira Graça Fonseca, orientadora em local de Estágio na UCC da Senhora da Hora, a necessidade de intervenção nesta temática sobre os alunos de CEF e do 7º ano e duas turmas de escolaridade da Escola EB 2.3 de Custóias.

### **1. TEMA**

Bullying nas escolas.

### **2. OBJECTIVOS**

**Objectivo geral:** Aumentar os conhecimentos dos alunos do 7º ano e duas turmas de CEF da Escola EB 2.3 de Custóias acerca da temática Bullying para melhor prevenção e controlo do mesmo nas escolas.

#### **Objectivos específicos**

- Informar os alunos sobre o significado do Bullying.

- Ensinar os alunos sobre os vários tipos de Bullying existentes.
- Informar os alunos sobre as características do agressor num caso de Bullying.
- Informar os alunos sobre as características do alvo num caso de Bullying.
- Informar os alunos sobre as características da testemunha num caso de Bullying.
- Informar os alunos sobre exemplos de Bullying.
- Debater com os alunos as ideias erradas existentes sobre o Bullying e as suas implicações.
- Discutir com os alunos as formas de agir quando se é vítima num caso de Bullying.
- Discutir com os alunos as formas de agir quando se é agressor num caso de Bullying.
- Discutir com os alunos as formas de agir quando se é testemunha num caso de Bullying.
- Informar os alunos sobre as soluções possíveis para o Bullying.
- Exemplificar um caso de Bullying através da exibição de um vídeo aos alunos.

### **3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO**

*Recursos humanos:* Filipa Gonçalves – formadora; e alunos do 7º ano e duas turmas de CEF da Escola EB 2.3 de Custóias – formandos.

*Recursos físicos:* Sala de aulas equipada com mesas de apoio, cadeiras e fundo branco para projecção de slides.

*Recursos materiais:* computador portátil e vídeo-projector.

### **4. CONTEÚDOS**

Contextualização teórica e social do Bullying nas escolas; caracterização do alvo, autor e testemunha num caso de Bullying; análise dos diferentes tipos de Bullying existentes e as suas formas de expressão; explanação de algumas ideias erradas sobre o Bullying; identificação de formas de intervenção em relação ao agressor, alvo e testemunha, tal como soluções para a prevenção e controlo do Bullying nas escolas; exemplificação de um caso de Bullying através da exibição de um filme.

### **5. ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM**

Será utilizado o método expositivo e interactivo.

## **6. ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES**

A Acção de Educação para a Saúde terá a duração de 90 minutos.

Estas Sessões de Educação para a Saúde decorrerão em seis momentos distintos, de acordo com as turmas abrangidas, nomeadamente:

11 de Janeiro de 2011 (15:45 – 17:15) – turma 7º A;  
12 de Janeiro de 2011 (08:30 – 10:00) – turma CEF1;  
12 de Janeiro de 2011 (10:15 – 11:45) – turma 7º E;  
20 de Janeiro de 2011 (14:00 – 15:30) – turma 7º B;  
20 de Janeiro de 2011 (15:45 – 17:15) – turma CEF1;  
21 de Janeiro de 2011 (08:30 – 10:00) – turma 7º C;  
21 de Janeiro de 2011 (12:00 – 13:30) – turma 7º D.

## 7. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

**Tema:** *Bullying – Não é uma brincadeira...*

**Entidade Formadora:** ULS de Matosinhos – UCC de Senhora da Hora

**Local:** Custóias

**Datas:** 11-01-2011; 12-01-2011; 20-01-2011; 21-01-2011.

**População alvo:** alunos do 7º ano e duas turmas de CEF da Escola EB 2.3 de Custóias.

**Formadores:** Enf.ª Filipa Gonçalves.

**Objectivo geral:** Aumentar os conhecimentos dos alunos do 7º ano e duas turmas de CEF da Escola EB 2.3 de Custóias acerca da temática Bullying para melhor prevenção e controlo do mesmo nas escolas.

### **Objectivos específicos**

Que o formando seja capaz de:

- Identificar o significado do Bullying.
- Descrever os vários tipos de Bullying existentes.
- Descrever as características do agressor num caso de Bullying.
- Descrever as características do alvo num caso de Bullying.
- Descrever as características da testemunha num caso de Bullying.
- Identificar exemplos de Bullying.
- Nomear ideias erradas existentes sobre o Bullying e as suas implicações.
- Reconhecer formas de agir quando se é vítima num caso de Bullying.
- Reconhecer formas de agir quando se é agressor num caso de Bullying.
- Reconhecer formas de agir quando se é testemunha num caso de Bullying.
- Nomear as soluções possíveis para o Bullying.



**Pré-requisitos:** ser aluno do 7º ano ou das duas turmas de CEF da Escola EB 2.3 de Custóias.

**Tempo previsto:** 90 minutos.

**Métodos e técnicas pedagógicas:** Método expositivo e interactivo.

**Materiais e equipamentos:** apresentação multimédia, data show, computador, material técnico.

Fases	Conteúdos/ Actividades	Métodos/ Técnicas pedagógicas	Meios Auxiliares	Avaliação
<b>Introdução:</b> 20 minutos	Apresentação do grupo, definição de objectivos.	Exposição.	Apresentação multimédia.	
<b>Desenvolvimento:</b> 50 minutos	Contextualização teórica e social do Bullying nas escolas; caracterização do alvo, autor e testemunha num caso de Bullying; análise dos diferentes tipos de Bullying existentes e as suas formas de expressão; explanação de algumas ideias erradas sobre o Bullying; identificação de formas de intervenção em relação ao agressor, alvo e testemunha, tal como soluções para a prevenção e controlo do Bullying nas escolas; exemplificação de um caso de Bullying através da exibição de um filme.	Exposição; Interacção.	Apresentação multimédia; equipamento técnico.	Interesse dos formandos, questões colocadas.
<b>Conclusão:</b> 20 minutos	Síntese dos conteúdos apresentados. Esclarecimento de dúvidas; Avaliação do conteúdo da sessão de educação para a saúde.	Exposição	Apresentação multimédia. Filme	Aplicação de teste de avaliação dos temas abordados.*

**Avaliação:** avaliação da forma através da observação das intervenções e questões colocadas pelos alunos durante a sessão de educação para a saúde; avaliação de conteúdo da sessão de educação para a saúde, através da aplicação de um formulário (ver anexo 1).

## 8. AVALIAÇÃO

A avaliação das sessões de educação para a saúde será efectuada da seguinte forma: a avaliação da forma será concretizada através da observação das intervenções e questões colocadas pelos formandos durante a sessão; a avaliação de conteúdo será executada através da aplicação de três questões num formulário.

## 9. CONCLUSÃO

A avaliação da forma foi extremamente positiva, uma vez que houve uma grande participação e várias questões colocadas em todas as turmas da população alvo.

Quanto à avaliação de conteúdo a meta definida em projecto de estágio foi alcançada e ultrapassada, uma vez que em todas as turmas houve aquisição de novos conhecimentos acerca da temática.

## **10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CARVALHOSA, S., LIMA, L. & MATOS, M. – Bullying - A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 523-537, 2001.

CARVALHOSA, S., & MATOS, M. – Bullying in schools: what's going on? Paper presented at the 9th Biennial Conference of EARA, Porto, 2004.

CARVALHOSA, S., & MATOS, M. – Provocação entre pares em idade escolar. In M. Matos (ed.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (3ª ed.). Cruz Quebrada: FMH Edições, 2005.

OLWEUS, D. – *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell, 1993.

RAIMUNDO, R. & SEIXAS, S. – Comportamentos de Bullying no 1º ciclo: Estudo de caso numa Escola de Lisboa. *Interações* N.º. 13, PP. 164-186, 2009.

# **Anexo I**

Documento para avaliação de conteúdo da sessão de educação para a saúde:

*Bullying – não é uma brincadeira...*

## **Anexo II**

Apresentação multimédia utilizada na sessão de educação para a saúde: *Bullying – não é uma brincadeira...*

## **Anexo 15**

Apresentação multimédia utilizada nas sessões de EPS sobre o Bullying.



## BULLYING

Não é brincadeira...

Filipa Gonçalves  
Janeiro de 2011

UCC Senhora da Hora

### BULLYING: não é brincadeira



- "Todos os dias, alunos no mundo todo sofrem com um tipo de violência que vem mascarada na forma de **"brincadeira"**. Estudos recentes revelam que esse comportamento, que até bem pouco tempo era considerado inofensivo e que recebe o nome de **bullying**, pode acarretar sérias consequências ao desenvolvimento psíquico dos alunos, gerando desde queda da auto-estima até, em casos mais extremos, o **suicídio** e outras tragédias."

Diogo Dreyer

### BULLYING: não é brincadeira



## BULLYING

O que é???

### BULLYING: não é brincadeira

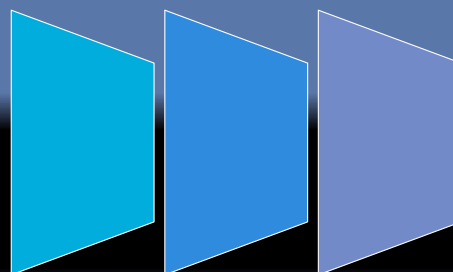


### BULLYING: não é brincadeira

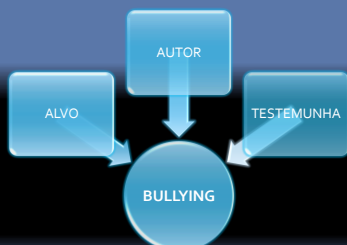


- Actos de **violência** física ou psicológica;
- **Intencionais** e **repetitivos**;
- Período **prolongado** de tempo;
- **Sem motivação** evidente;
- Agressores: **um ou mais** estudantes (bullies);
- Uma **vítima**;
- **Relação desigual** de poder;
- **Intimidação** da vítima.

### BULLYING: não é brincadeira



### BULLYING: não é brincadeira



### BULLYING: não é brincadeira



- **ALVOS**: apenas **sofrem** Bullying;
- Mais **novos** ou mais **pequenos**;
- São **diferentes**;
- Baixa **auto-estima**;
- **Isolam-se**.

BULLYING: não é brincadeira



Perseguição

Discriminação

Humilhação

Intimidação

Exclusão

Ignorância

"Se fazem comigo farei com eles"

Futuro bullie

BULLYING: não é brincadeira




#### CONSEQUÊNCIAS PARA A VÍTIMA

- Percepção **distorcida** da realidade cognitiva;
- Perda de autoconfiança;
- Perda de auto-estima;
- Falta de concentração;
- Dificuldade de adaptação;
- Morte.

BULLYING: não é brincadeira



- AUTORES/AGRESSORES: ora **sofrem**, ora **praticam**;
- Mais **velhos** ou mais **altos**;
- Líderes, os mais **populares**;
- Não respeitam as **diferenças**;
- Fragilidade da vítima  exclusão humilhação

BULLYING: não é brincadeira



#### CONSEQUÊNCIAS PARA O AGRESSOR

- Percepção **distorcida** da realidade cognitiva;
- Crença na **força** para resolver problemas;
- Dificuldade em respeitar as **ordens**;
- Dificuldades na **inserção social**;
- Problemas de relacionamento **afetivo e social**;
- Incapacidade de **autocontrolo** e **comportamentos anti-sociais**.

BULLYING: não é brincadeira



#### AUTORES/AGRESSORES:

- História de **violência familiar**;
- Bullying = sensação de **poder**.

BULLYING: não é brincadeira



- TESTEMUNHAS: não **sofrem**, nem **praticam**, mas **convivem**.
- Omitem a **verdade** por medo de sofrer represálias e insegurança.
- Tornam-se **AGRESSORES PASSIVOS**.

BULLYING: não é brincadeira



#### Tipos de Bullying

- Físico;
- Verbal;
- Relacional/Racial;
- Sexual;
- Cyberbullying.

BULLYING: não é brincadeira



BULLYING: não é brincadeira



BULLYING: não é brincadeira



Ideias erradas sobre o Bullying

- **Não afecta** os alunos;
- **Não traz consequências** para a vida dos adolescentes (bullycide);
- O adolescente que conta está a ser vítima de bullying é **delactor**.

BULLYING: não é brincadeira



Ideias erradas sobre o Bullying

- O adolescente **vítima** de bullying deve **retaliar** (Lei da Selva);
- A **culpa** é da **vítima**;
- Passar pelo bullying torna a criança **mais forte** e preparada para a vida.

BULLYING: não é brincadeira



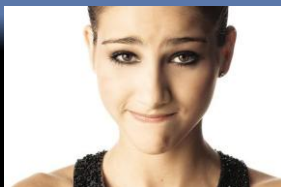
Ideias erradas sobre o Bullying

- Os adolescentes devem **enfrentar** o bullying como se fossem **adultos** (com firmeza).
- Devem **resolver** o problema **por si próprios**.
- É um **ritual de passagem** normal entre crianças e adolescentes.
- É uma situação **inevitável**.

BULLYING: não é brincadeira



**O que podemos fazer para combater o Bullying?**



BULLYING: não é brincadeira



- **AGRESSOR: o que fazer?**
- Evitar os castigos e as punições físicas;
- Controlo da irritabilidade;
- Ocupar tempos livres;
- Amizade com pessoas diferentes.

BULLYING: não é brincadeira



- **ALVO: o que fazer?**
- Ignorar alcunhas e intimidações;
- Amizades com pessoas não agressivas;
- Evitar os locais de risco;
- Identificar os agressores junto dos professores.

BULLYING: não é brincadeira



- **TESTEMUNHA: o que fazer?**
- Intervir em defesa da vítima;
- Falar com os professores.



BULLYING: não é brincadeira



### Soluções

- **Quebrar** o silêncio



- Identificar o **agressor**

BULLYING: não é brincadeira



Bullying Being Being  
Voce.mpa

## **Anexo 16**

Questionário de avaliação das sessões de EPS sobre o Bullying.

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária: Estágio de Enfermagem Comunitária

Unidade de Cuidados na Comunidade de Sra. da Hora

Ano lectivo 2010/2011

No âmbito do projecto “**Bullying: Mais que uma Brincadeira!**”, uma aluna do Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Sra. da Hora solicita o preenchimento deste questionário que visa avaliar a sessão sobre o Bullying.

O questionário é de carácter individual e anónimo. Ler com atenção antes do seu preenchimento.

Agradecemos a colaboração.

Nº de questionário \_\_\_\_\_

Ano \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_

1. O que é para ti o Bullying?

---

---

---

2. O que achas que deve ser feito em relação a um caso de Bullying?

---

---

---

3. Tens alguma sugestão para actividades de prevenção do Bullying na tua escola?

---

---

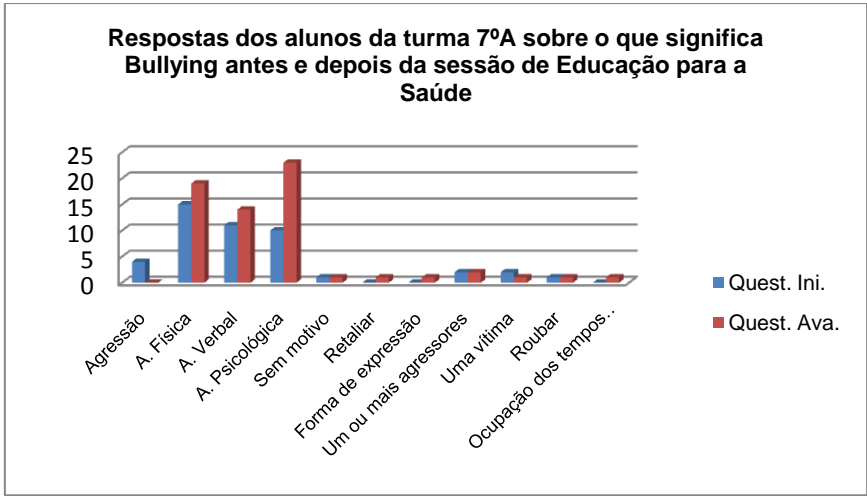
---

Obrigada pela tua colaboração!

## **Anexo 17**

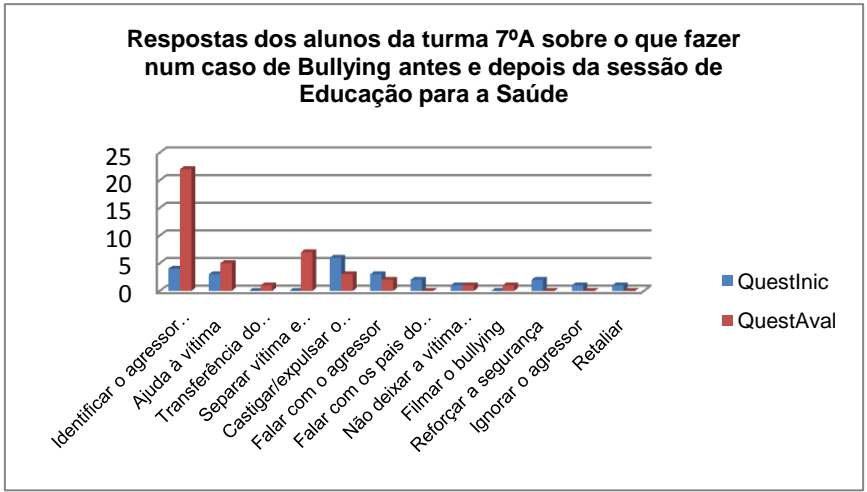
Gráficos comparativos da aplicação dos dois questionários, inicial e de avaliação, para todas as turmas da população alvo.

Gráfico 1: Respostas dos alunos da turma 7º A sobre o que significa Bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



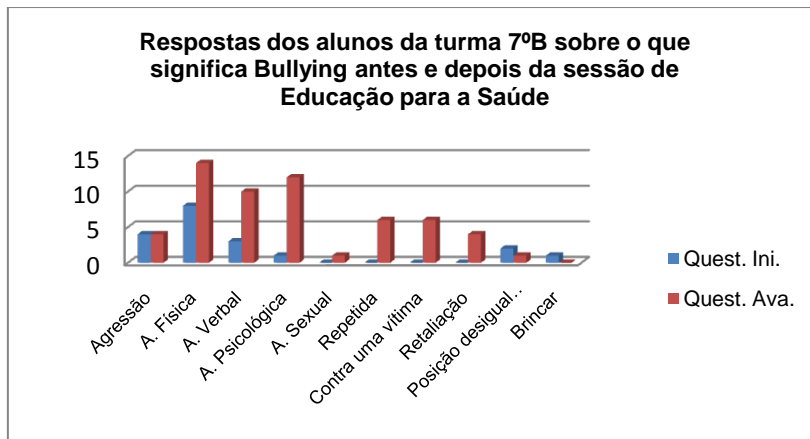
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 2: Respostas dos alunos da turma 7º A sobre o que fazer num caso de bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



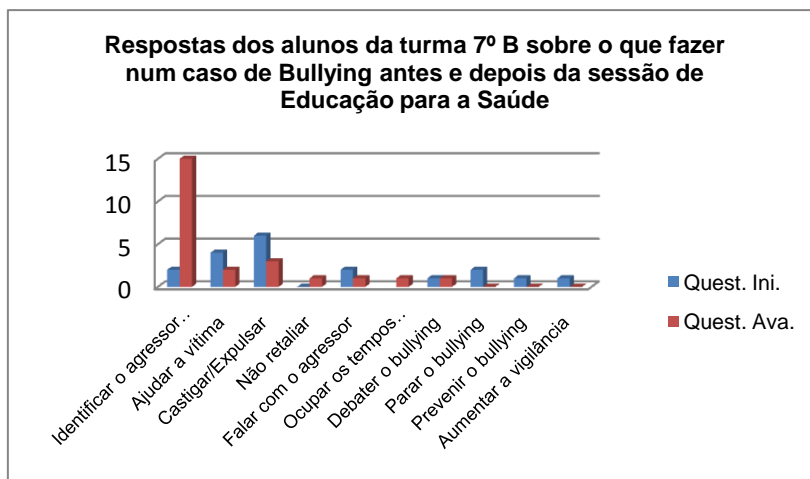
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 3: Respostas dos alunos da turma 7º B sobre o que significa Bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



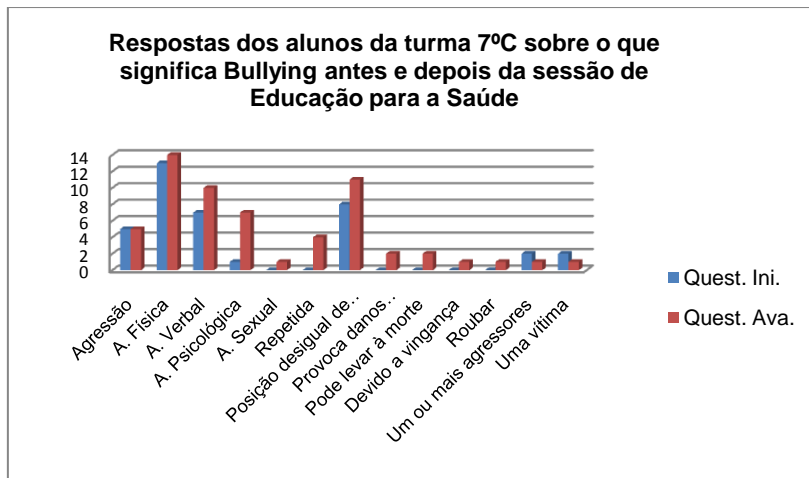
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 4: Respostas dos alunos da turma 7º B sobre o que fazer num caso de bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



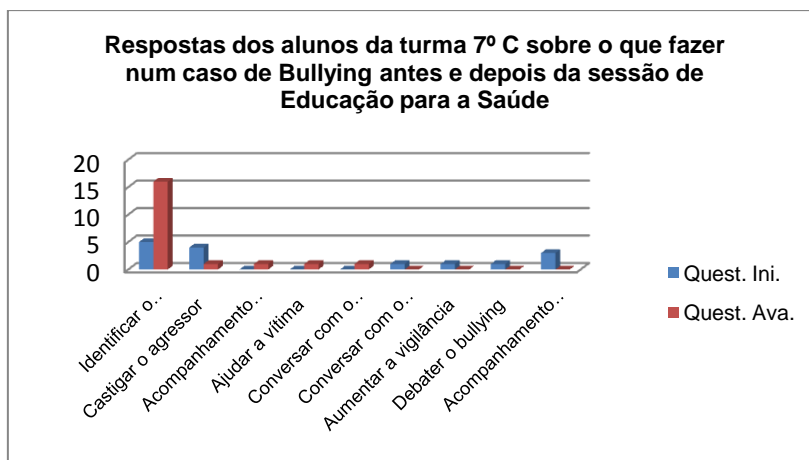
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 5: Respostas dos alunos da turma 7º C sobre o que significa Bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



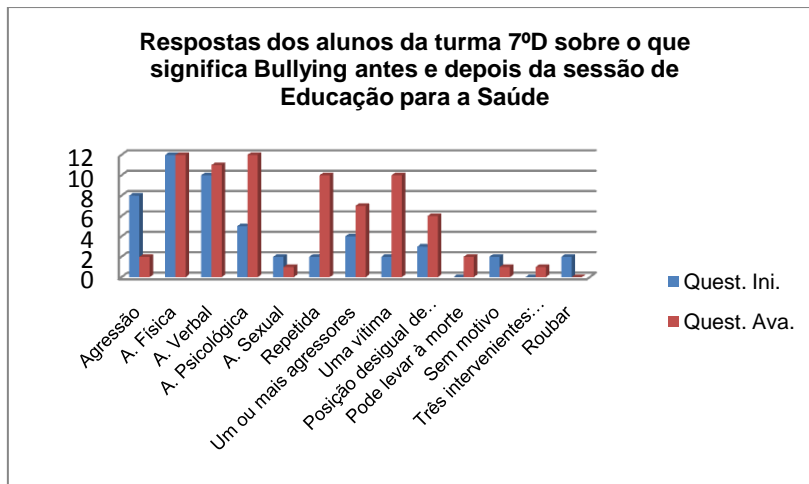
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 6: Respostas dos alunos da turma 7º C sobre o que fazer num caso de bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



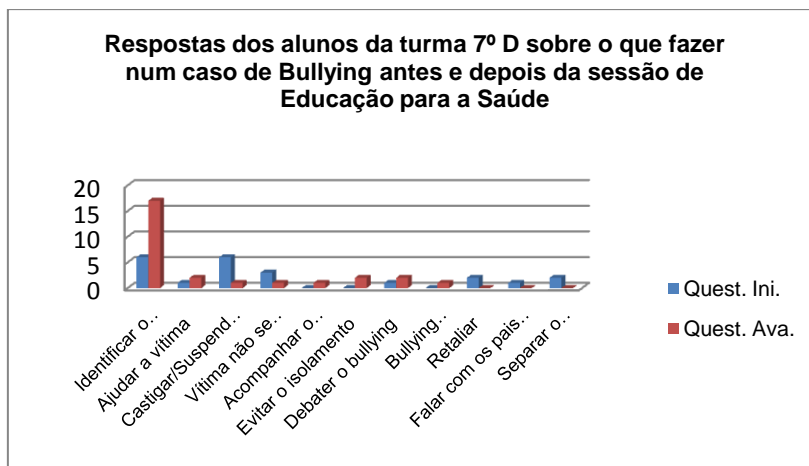
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 7: Respostas dos alunos da turma 7º D sobre o que significa Bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

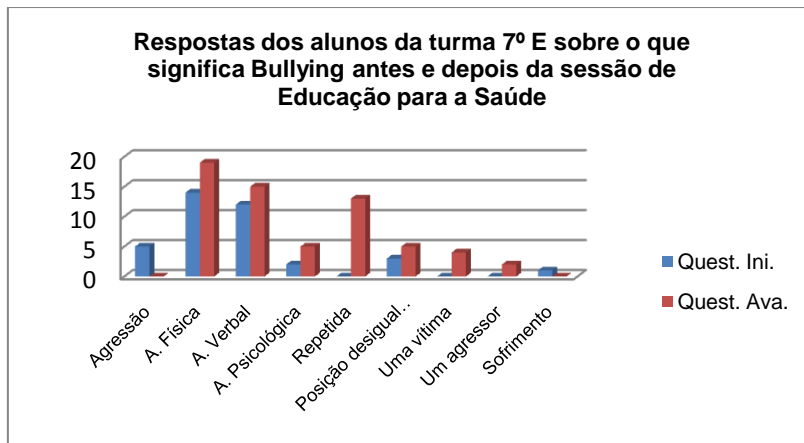
Gráfico 8: Respostas dos alunos da turma 7º D sobre o que fazer num caso de bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

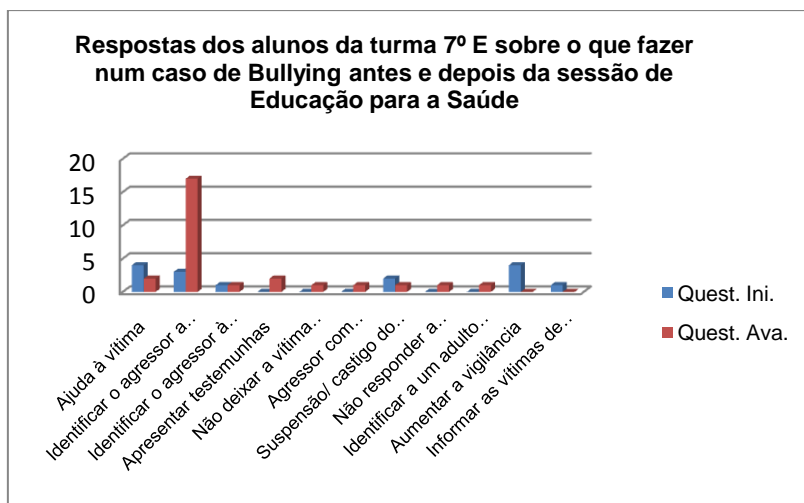


Gráfico 9: Respostas dos alunos da turma 7º E sobre o que significa Bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



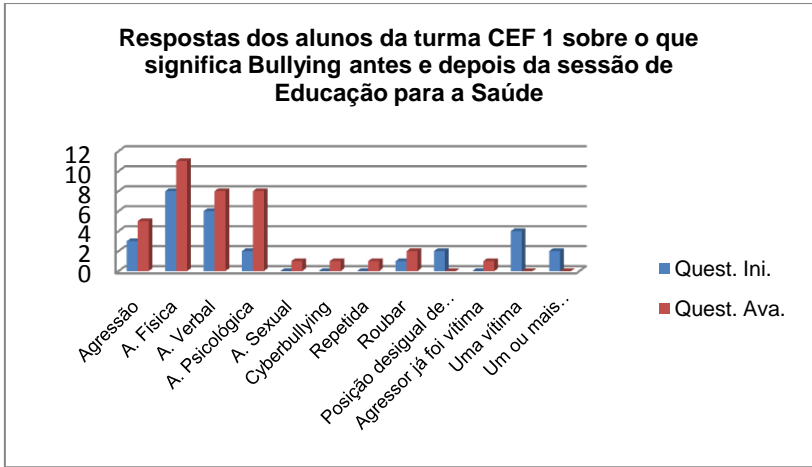
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 10: Respostas dos alunos da turma 7º E sobre o que fazer num caso de bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



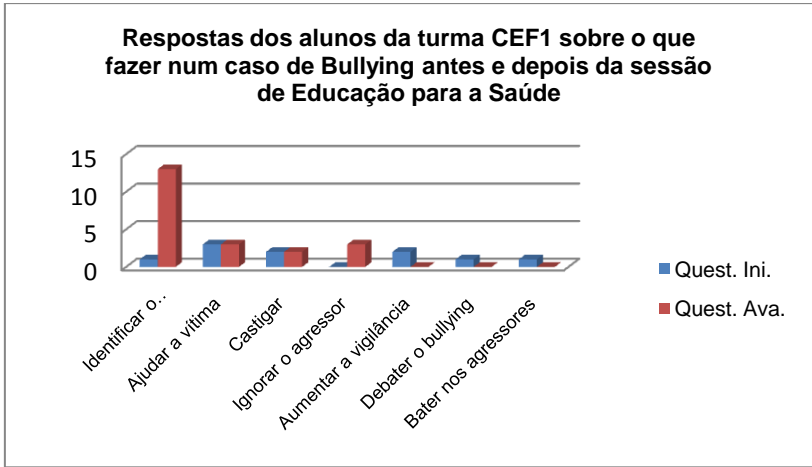
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 11: Respostas dos alunos da turma CEF1 sobre o que significa Bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



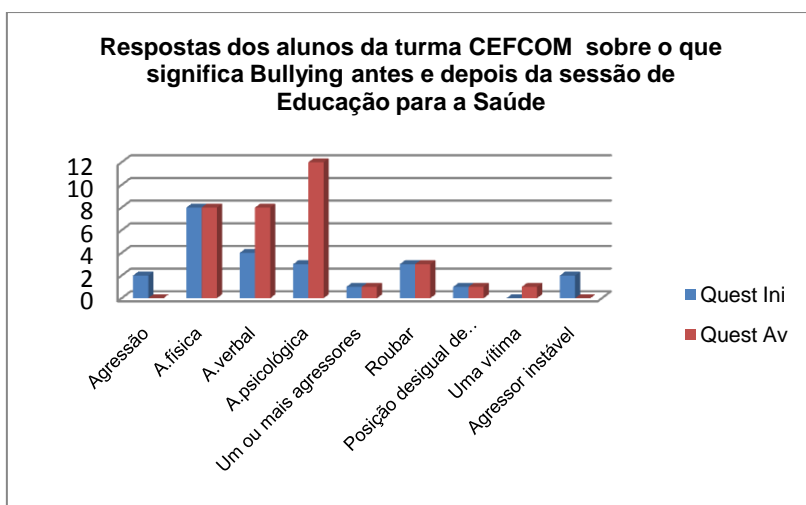
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 12: Respostas dos alunos da turma CEF1 sobre o que fazer num caso de bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



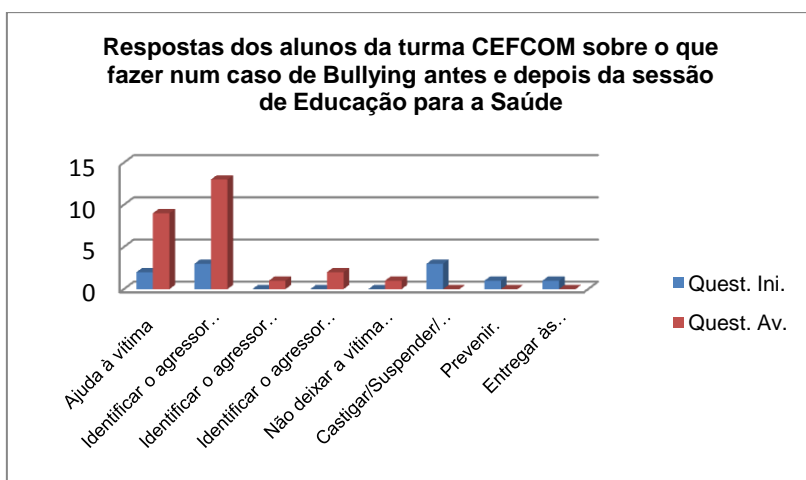
Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 13: Respostas dos alunos da turma CEFKOM sobre o que significa Bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.

Gráfico 14: Respostas dos alunos da turma CEFKOM sobre o que fazer num caso de bullying antes e depois da sessão de Educação para a Saúde.



Fonte: documento de avaliação dos alunos alvo de sessão de EPS sobre o Bullying.